

LA LIBERALIZACIÓN DEL COMERCIO DE SERVICIOS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: principales desafíos*

Soledad Salvador

Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC)
Oficina Regional para América Latina y el Caribe
Iniciativa de Programa Comercio, Empleo y Competitividad (TEC)

Julio 2002

* Elaborado en el marco de pasantía de desarrollo profesional (Proyecto No. 100720)



Borrador para comentarios: se ruega no citar sin permiso del autor.
Soledad Salvador (e-mail:marisol@chasque.net)

Agradecimientos

Deseo agradecer a IDRC la importante oportunidad de desarrollo personal y profesional que me brindó con esta beca y a todo el equipo de LACRO por su invalorable apoyo, cariño y comprensión.

Especial mención merece Andrés Rius por sus orientaciones inteligentes durante la elaboración de este trabajo, por sus sugerencias e inquietudes, por su especial interés para que este trabajo contribuyera a mi crecimiento profesional y por último, por propiciar la difusión de este documento, al considerarlo una contribución al estudio del comercio de los servicios de salud en Latinoamérica y el Caribe.

A Roberto Bazzani por contribuir con el enfoque de salud.

A Andrea Puppo por la recopilación de materiales bibliográficos.

Al Dr. Octavio Gómez-Dantés por la información que me proporcionó de forma oportuna y solícita.

A Francisco Prieto, Anthony González, Mario Glanc y Luiz Carlos Sobania, por responder siempre a mis consultas y porque su colaboración me permitió enriquecer esta investigación.

A Diana Tussie y Debra Lipson, por darme la confianza que a veces me hacía falta, sobre la importancia que tendría este trabajo de investigación.

A Jorge Molinari por su lectura crítica, por su paciente revisión final del documento y por apoyarme siempre de la mejor manera.

INDICE DEL CONTENIDO

| | |
|---|----|
| Introducción..... | 4 |
| El AGCS y los servicios de salud..... | 7 |
| Acuerdos regionales y servicios de salud | 13 |
| Desafíos que se le presentan a los países de ALC ante la liberalización del comercio internacional de los servicios de salud..... | 17 |
| Primer desafío: regular adecuadamente el mercado de los seguros de salud..... | 18 |
| Segundo desafío: la portabilidad de los seguros de salud..... | 25 |
| Tercer desafío: regulación del ingreso de profesionales y compensación por la “fuga de cerebros”..... | 34 |
| Síntesis y comentarios finales | 49 |
| Referencias bibliográficas..... | 53 |
| Anexo | 57 |

Introducción

El comercio internacional de servicios de salud se viene desarrollando desde hace muchos años, pero ha adquirido relevancia en el debate académico en la última década porque con la expansión del comercio se está negociando su liberalización en los distintos niveles de integración comercial. Actualmente, los países miembros de la Organización Mundial del Comercio (OMC) están desarrollando una nueva ronda de negociaciones en el marco del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) que es el sistema más amplio de integración de los servicios en general y, en particular, de los servicios de salud. A su vez, el desarrollo de la tecnología, las comunicaciones, las estrategias empresariales de transnacionalización, las reformas de los sistemas de salud contribuyen a la expansión del comercio de estos servicios. Por ello, en los años recientes el debate de las implicancias que la liberalización y la mayor integración comercial podrían tener sobre los objetivos de salud pública ha adquirido mayor relevancia.

El hecho es que más allá de los propósitos enunciados al llevar adelante una estrategia de liberalización del intercambio internacional de los servicios de salud, si la misma no va acompañada de una evaluación previa sobre los posibles impactos que se pueden verificar sobre los objetivos de equidad, calidad y eficiencia del sistema de salud, los resultados pueden no ser los deseados. El análisis que presenta la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los impactos que la liberalización del comercio de servicios de salud puede tener sobre los objetivos de equidad, calidad y eficiencia en los países en desarrollo muestran que impactos positivos en alguno de los objetivos puede compensarse con impactos negativos en alguno de los otros. Por lo tanto, los gobiernos deberían evaluar cada caso en particular y tomar medidas de política que busquen evitar los impactos negativos, o sea, los riesgos que se le generan a los sistemas de salud para alcanzar sus objetivos y aprovechar mejor los impactos positivos u oportunidades que se le presentan.

Uno de los mecanismos que se menciona en la literatura como más relevante para evitar los impactos negativos de la liberalización es establecer un marco regulatorio adecuado. Dado que la liberalización del intercambio de servicios implica justamente eliminar la discriminación existente en las regulaciones nacionales que afectan el ingreso y el trato nacional de los proveedores de servicios extranjeros, la OMC se ha preocupado por aclarar que liberalizar no implica desregular sino adecuar la reglamentación existente y establecer nuevas reglamentaciones, si fuera necesario, para alcanzar los objetivos de política nacional. A su vez, no sólo es preciso contar con la regulación necesaria en cada caso particular, sino que los gobiernos cuenten con una función rectora fuerte que aplique y haga cumplir la reglamentación existente. Varios autores sostienen que en los países en desarrollo la capacidad de regular los mercados eficazmente es muchas veces débil o limitada.

Para contribuir al debate sobre los desafíos que deben enfrentar los hacedores de política de los países de América Latina y el Caribe (ALC) ante la liberalización del comercio de servicios de salud, se presentan en este trabajo tres de los desafíos que se consideran más relevantes.

El primero es regular adecuadamente el mercado de seguros de salud ante la liberalización del ingreso de aseguradoras extranjeras. Ello es importante para alcanzar

el objetivo que generalmente persigue la liberalización del mercado de seguros de salud que es aumentar la eficiencia y para evitar las posibles consecuencias negativas que pueda tener sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud.

El segundo se refiere a la portabilidad de los seguros de salud. Un tema que presenta ciertas dificultades para su resolución pero que es relevante para que estos países desarrollen su mayor potencial exportador de servicios de salud que es la atención a pacientes extranjeros.

El tercer desafío está relacionado a la movilidad de los profesionales. Por un lado, el problema de la “fuga de cerebros” y la necesidad de encontrar mecanismos para compensar la pérdida constante de inversión y de recursos humanos que sufren algunos países. Por otro lado, el tema de la regulación del ingreso de los profesionales que, a través del AGCS, buscan ingresar temporalmente a un país.

Para el análisis de estos desafíos se consideró el avance que los distintos países han realizado en la liberalización de los servicios de salud a través de la firma de compromisos de liberalización en el AGCS, el proceso de integración regional de estos servicios y la participación de estos países en el comercio internacional de servicios de salud. Es importante tener en cuenta que los gobiernos pueden haber liberalizado el intercambio en un determinado servicio pero no haber consolidado un compromiso ante la OMC por las dificultades que existen para su modificación.¹

Además se complementó dicha información con las características propias de los distintos países respecto a su sistema de salud (estructura organizativa e institucional y la evaluación de su desempeño), el nivel y las necesidades de salud de su población y su disponibilidad de recursos humanos.

Es interesante resaltar que, a la inversa de lo que sucede para el conjunto de los servicios, los países desarrollados firmaron menos compromisos de liberalización y con mayores restricciones en el AGCS que los países en desarrollo.² Ello puede responder al hecho de que los primeros poseen sistemas de salud básicamente públicos, con la única excepción de Estados Unidos que al igual que los países en desarrollo poseen una relevante participación del sector privado en la provisión y financiamiento de los servicios de salud. En ese caso los gobiernos pueden resguardarse en el Artículo I.3 del AGCS que establece que los servicios suministrados en ejercicio de facultades gubernamentales quedan excluidos del acuerdo. Ese puede haber sido el caso de Canadá que no firma compromisos en los servicios de salud propiamente dichos pero no sería el caso de los países de la Unión Europea que firmaron compromisos en algunos servicios de salud. Otra posibilidad es considerar que estos países tuvieron una actitud más cautelosa por los riesgos más que por las oportunidades que puede generar

¹ Según el artículo XXI del AGCS, la modificación de un compromiso puede realizarse recién tres años después de su entrada en vigencia. La notificación se debe realizar con una antelación mínima de tres meses respecto a la fecha en que se proponga llevar a efecto la modificación o retiro. En caso de que un miembro del acuerdo sienta que sus ventajas pueden resultar afectadas con dicha modificación, el Miembro modificador debe entablar negociaciones para llegar a un acuerdo sobre los ajustes compensatorios que puedan ser necesarios. Dichos ajustes se realizarán en régimen de la nación más favorecida, o sea, que son trasladados a todos los miembros de la OMC automáticamente.

² Adlung y Carzaniga (2001), página 356.

la apertura del sistema de salud y también por el hecho de que la firma de compromisos en la OMC tiene la rigidez anteriormente mencionada.

A su vez, en la primer ronda de negociación del AGCS (la Ronda Uruguay) se sostiene que los países en desarrollo tuvieron una actitud bastante pasiva en la definición de las negociaciones de los servicios en general, habiéndose logrado los mayores avances en sectores de especial interés para Estados Unidos, la Unión Europea y otros países de la OCDE como servicios financieros y telecomunicaciones. Por ello dado que los países en desarrollo podrían tener potencial para exportar servicios de salud, por ejemplo en la atención de pacientes extranjeros, se considera relevante que los mismos tengan una actitud más activa en la actual ronda de negociación para llevar adelante sus propios intereses.³

Por lo tanto, los desafíos que deben enfrentar los hacedores de política de los países en desarrollo tienen que ver con los riesgos y oportunidades que se le presentan al sistema de salud para alcanzar sus objetivos de equidad, calidad y eficiencia con las medidas de liberalización ya adoptadas o con las que pudieran adoptarse en futuras liberalizaciones. A su vez, dichos desafíos no están relacionados sólo directamente con las medidas de liberalización que adopte cada país en particular sino también con las que adopten los demás países y que puedan impactar en forma positiva o negativa en el sistema de salud de ese país.

Primero, se presentan los avances que han tenido los países de ALC en la liberalización del intercambio de los servicios de salud en el AGCS y en los acuerdos de integración regional. Luego, se analizan los tres desafíos y, por último, se plantean las conclusiones.

³ Adlung y Carzaniga (2001), página 356.

El AGCS y los servicios de salud

En el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) que entró en vigencia en enero de 1995 los países miembros de la OMC establecieron el marco normativo para la liberalización progresiva del comercio internacional de los servicios. Sólo quedaron excluidos del acuerdo los servicios provistos “en ejercicio de facultades gubernamentales”, o sea, aquellos que no se suministran en condiciones comerciales ni en competencia con uno o varios proveedores de servicios.

Los principios generales más relevantes del acuerdo son: Trato de la Nación Más Favorecida (NMF) que significa que todo país miembro del acuerdo debe darle igual trato a todo proveedor extranjero, exceptuando sólo los casos que fueron exentos de dicha obligación por un período no mayor a 10 años; y Transparencia que obliga a los países miembros a dar a conocer las leyes y reglamentos de interés para los demás miembros y notificar los cambios que se realicen.

Los resultados de la negociación multilateral por servicio quedaron consolidados en las Listas de Compromisos Específicos por país. Dichas listas contienen los sectores de servicios en que el país firmó algún compromiso de liberalización. La liberalización en los servicios se entiende respecto al Acceso al Mercado y al Trato Nacional. El Acceso al Mercado es la autorización a que el proveedor extranjero ingrese al mercado del país firmante. El Trato Nacional es la garantía de que el proveedor extranjero reciba un trato no discriminatorio respecto a los proveedores nacionales (el trato puede ser igualitario o más favorable pero no menos favorable que el que recibe el proveedor nacional). La liberalización del Acceso y/o del Trato puede ser total (sin restricciones) o parcial (cuando el país firmante establece restricciones o condicionantes para el acceso al mercado o el trato nacional).⁴

El Acceso al Mercado y el Trato Nacional se negocian para cada modo de suministro de los servicios. Estos modos, según el AGCS, son:

- ✓ **Modo 1:** comercio transfronterizo (intercambio entre consumidor y proveedor que se encuentran en países distintos)
- ✓ **Modo 2:** consumo en el extranjero (el consumidor se dirige al país del proveedor)
- ✓ **Modo 3:** presencia comercial extranjera (es el caso de la inversión extranjera directa -IED; el proveedor que es una persona jurídica se encuentra en el país del consumidor)
- ✓ **Modo 4:** movimiento de personas físicas (el proveedor que es una persona física se encuentra en el país del consumidor)

Por lo tanto, las “Listas de Compromisos Específicos” por país contienen los compromisos de liberalización parcial y total en el Acceso al Mercado y/o el Trato Nacional que consolidaron los gobiernos de los países miembros de la OMC en determinados sectores por modo de suministro.

Dicha lista ordena a los servicios en función de su clasificación en la “Lista de Clasificación Sectorial de los Servicios” utilizada en la negociación. Los servicios de salud humana están distribuidos en dicha lista en distintos capítulos:

⁴ Las posibles restricciones del Acceso al Mercado están detalladas en el Artículo XVI del AGCS.

- ✓ Servicios Profesionales que incluye a: Servicios médicos y dentales y Enfermeras, parteras, fisioterapeutas y personal paramédico;
- ✓ Servicios Sociales y de Salud que incluye a: Servicios de hospital, Otros servicios de salud humana, Servicios sociales y Otros;
- ✓ Servicios Financieros que incluye a los Seguros de salud.⁵

Para el presente análisis sólo se consideraron los Servicios médicos y dentales; los servicios de Enfermeras, parteras, etc., los Servicios de hospital y los Seguros de salud por ser los más notorios en el comercio internacional. A su vez, para cada uno de estos servicios se escogieron los modos de intercambio más relevantes. Para Servicios médicos y dentales, el modo 1 que serían los servicios de telemedicina, el modo 2 que es el consumo en el extranjero de un servicio médico o dental y el modo 4 que es la presencia de un profesional (médico u odontólogo) extranjero. Para Enfermeras, parteras, etc., el modo 4 que se refiere al ingreso de estas profesionales extranjeras. Para Servicios de hospital, el modo 2 que es el consumo en el exterior de estos servicios y el modo 3 que es la inversión extranjera directa (IED) en hospitales. Para Seguros de salud, el modo más relevante es el modo 3 IED en seguros de salud y se consideró también el modo 2 (consumo en el extranjero de seguros de salud).

En el Cuadro 1 se presenta la información extraída de las Listas de Compromisos Específicos por país para cada uno de los servicios mencionados por modo de suministro seleccionado. En cada casillero se anota si existe un compromiso de liberalización parcial o total para el Acceso al Mercado o Trato Nacional. Como en casi todos los servicios y modos se consolida el mismo nivel de compromiso (parcial o total) para Acceso y Trato se considera una misma columna para ambos. Sólo en el modo 3 de Seguros de salud se distinguen los compromisos firmados para Acceso y Trato en dos columnas. Los casilleros en blanco significan que para ese servicio y modo de suministro no se consolidó ningún compromiso de liberalización.⁶

El hecho de que el gobierno de un país no consolide un compromiso de liberalización no significa que se impide el Acceso al Mercado o el Trato Nacional para ese servicio y modo en ese país. Sólo significa que el gobierno mantiene su discrecionalidad en ese servicio y modo de suministro. Dicha discrecionalidad no puede interferir, de todas formas, con el principio de NMF según el cual todos los servicios y modos, no sólo los consignados en las listas de compromisos específicos, deben ofrecer un trato igualitario a los proveedores de distintos países.

Por otra parte, la consolidación de los compromisos de liberalización (parcial o total) por sector ofrecen a los proveedores extranjeros una garantía legal adicional de estabilidad y predicibilidad en las condiciones de mercado. Si el gobierno del país que firmó un compromiso de liberalización desea modificarlo en perjuicio de los proveedores extranjeros o retirarlo debe esperar tres años luego de la entrada en vigencia de ese compromiso y en caso que algún miembro del acuerdo sienta que sus ventajas pueden resultar afectadas con dicha modificación, el Miembro modificante debe entablar negociaciones para llegar a un acuerdo sobre los ajustes compensatorios que puedan

⁵ Ver Anexo con las definiciones de cada servicio según la correspondencia que se establece en la Lista de Clasificación Sectorial con la Clasificación Central de Productos de Naciones Unidas.

⁶ Los países considerados se seleccionaron según dos criterios: población superior a 200.000 habitantes en 1999 y estados independientes. Bahamas que cumple estos requisitos no es miembro de la OMC por ello no siempre será considerado en el análisis.

ser necesarios. Dichos ajustes se realizarán en régimen de la nación más favorecida, o sea, que son trasladados a todos los miembros de la OMC automáticamente.⁷ Ello sólo puede evitarse si el caso es amparado por las Excepciones generales al AGCS (artículo XIV) donde por razones de protección a intereses públicos importantes, como la salud humana, un gobierno puede violar o retirar sus propios compromisos si fuera necesario.⁸ Los compromisos firmados en la primer ronda de negociación se consideran en gran parte una consolidación de la situación pre-existente.

Al comparar los compromisos asumidos en los servicios de salud por los países desarrollados y en desarrollo a nivel mundial, se observa que los países en desarrollo consolidan mayor cantidad de compromisos de liberalización que los países desarrollados y con menos restricciones o condicionamientos.⁹ A nivel de las Américas se da la misma relación, los países de América Latina y el Caribe (ALC) firman mayor cantidad de compromisos y con menores restricciones que Estados Unidos y Canadá.

En el Cuadro 1 se observa que Estados Unidos y Canadá firman menos cantidad de compromisos que países como Guyana, República Dominicana, Jamaica y México. A su vez, los compromisos que firman estos países son parciales mientras que en el mismo sector y modo hay países de ALC que firman compromisos de liberalización total.

Al interior de la región (ALC), hay países que no firman compromisos en ningún sector de la salud (Chile, El Salvador, Guatemala, Haití, Surinam y Uruguay) y otros que firman compromisos en todos los sectores (Jamaica y México). También en su interior se observa que los países con un sistema de salud más eficaz (Chile, Costa Rica y Cuba) están dentro de los que firman menos cantidad de compromisos.¹⁰ Estos tres países se caracterizan también por poseer una estrategia definida de exportación de servicios de salud que incluye básicamente la venta de servicios en su país a consumidores extranjeros y la formación de joint-ventures en el exterior (principalmente Chile y Cuba).

Por lo tanto, los países con mejor desempeño de sus sistemas de salud (los países desarrollados más Chile, Costa Rica y Cuba) han tenido una actitud más cautelosa en la firma de compromisos de liberalización en el AGCS que otros países con sistemas de salud menos eficaces. Ello puede responder a diversas razones, entre ellas puede pensarse que dado el buen desempeño de sus sistemas de salud la firma de compromisos de liberalización en el AGCS no es necesaria para contribuir a su mejor desempeño y más bien pueden temer los cambios que se pudieran generar. Hay que considerar que, con la excepción de Chile y Estados Unidos, en los demás países el sistema de salud es básicamente público y brinda cobertura universal con lo cual la liberalización del modo 3 de suministro podría, en cierta medida, significar la privatización de la provisión y financiamiento del servicio de salud. Ello puede contraponerse a un principio básico que el sistema público universal preserva que es la equidad en el acceso y financiamiento del sistema de salud.

⁷ Ver Artículo XXI del AGCS.

⁸ Ver "AGCS: realidad y ficción. Malentendidos y cuentos de terror" en página web de la OMC (www.wto.org/spanish/tratop_s/serv_s/gats_factfictionfalse_s.htm) en julio 2002.

⁹ Adlung y Carzaniga (2001).

¹⁰ La eficacia del sistema se evaluó en función de los indicadores de desempeño del sistema y logro de los objetivos que elaboró la OMS y presentó en su informe anual del año 2000 (OMS (2000)).

Según se concluye del Cuadro 1 en el modo 3 de Seguros de salud se firmó la mayor cantidad de compromisos de liberalización (parcial y total). Para el conjunto de países miembros de la OMC se obtiene la misma conclusión. Ello no necesariamente responde al hecho de que las negociaciones sobre Servicios Financieros se hayan prolongado luego de la Ronda Uruguay hasta diciembre de 1997 ya que sólo tres de los dieciséis países que firmaron compromisos en seguros de salud lo hicieron recién luego de este período más extenso de negociación. Esos países fueron: Bolivia, Nicaragua y Panamá.

Según los modos de suministro, interesa resaltar que los compromisos asumidos para el modo 1 y 2 son de liberalización total, los firmados para el modo 4 son de liberalización parcial y para el modo 3 se consolidaron ambos tipos de compromiso (parcial y total). A nivel del conjunto de países de la OMC, se verifica la misma característica en el modo 1 y 4 siendo igual para países en desarrollo y desarrollados. Se observan diferencias respecto al modo 2 donde los países desarrollados firman en servicios médicos y odontológicos más compromisos de liberalización parcial y los países en desarrollo lo hacen en liberalización total como los países de ALC. Mientras que en el modo 2 de servicios de hospital los compromisos que se consolidan en general son de liberalización total. Finalmente, en el modo 3 de servicios de hospital los países desarrollados sólo firman compromisos de liberalización parcial y los países en desarrollo firman una combinación de ambos (parcial y total).¹¹

Por último, las exenciones que firman los países de ALC al Trato de Nación Más Favorecida, vinculadas con servicios de salud, están referidas a la movilidad de profesionales, al acceso al mercado de compañías de seguros y a las preferencias previamente establecidas a través de diversos acuerdos de integración.

En Servicios Profesionales, Costa Rica, Honduras, Panamá, Rep. Dominicana y Venezuela establecieron el requerimiento de trato recíproco para permitir el acceso de un profesional extranjero al país. Dicha exención, en todos los casos, involucra a todos los países miembros de la OMC y tiene una duración “indefinida”.

En Servicios Financieros, particularmente en seguros, Colombia, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Venezuela establecieron exenciones al NMF. Colombia y Venezuela condicionan el acceso a su mercado a que el país de origen otorgue oportunidades adecuadas de acceso, según Colombia, o trato recíproco, según Venezuela. La justificación en Colombia es mejorar las condiciones de acceso de los proveedores colombianos de servicios financieros en el exterior. En Venezuela la justificación es contar con un tiempo prudencial para la aplicación de la nueva ley de empresas de seguros. El Salvador, Honduras y Nicaragua establecen condiciones preferenciales para el acceso de sus socios del Mercado Común Centroamericano (MCCA). Además, El Salvador, Guatemala y Honduras establecen exenciones al NMF en función del avance del proceso de integración de los servicios (en general) en la región centroamericana.

Luego hay exenciones que involucran a los socios comerciales de los acuerdos de integración regional que se refieren a exoneraciones al cumplimiento de ciertos requisitos. Estas exenciones han sido firmadas por Costa Rica, Jamaica y Panamá. Costa Rica exceptúa a los profesionales de El Salvador, Guatemala, Honduras y

¹¹ Para el modo 3 sólo se comparan los servicios de hospital porque los seguros de salud no son considerados en el trabajo de Adlung y Carzaniga (2001).

Nicaragua del cumplimiento del requisito de residencia exigido para la incorporación en el Colegio Profesional respectivo. Jamaica firma una exención al NMF para exonerar a sus socios del CARICOM del requisito de permiso de trabajo para ingresar a trabajar en el país. La justificación que planteó Jamaica para dicha exención es que “los miembros del CARICOM están creando un mercado común, que, entre otras cosas, permitirá el libre movimiento de personal dentro de los Estados de ese mercado común”. Panamá ofrece trato preferencial a los proveedores de servicios de diversa naturaleza provenientes de Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica y Honduras.

Estados Unidos, por su parte, firma una exención al artículo II (NMF) respecto al movimiento de personas físicas para permitir la expedición de visados diferentes a los de inmigración a comerciantes o inversores extranjeros comprendidos en un tratado; y otra en Seguros (en general) para poder establecer un trato distinto (respecto a la expansión de actividades y la realización de nuevas inversiones) a proveedores extranjeros que en su país de origen obliguen a un proveedor estadounidense, por su nacionalidad, a reducir su participación en el capital social de un proveedor de servicios de seguros a un nivel inferior al existente el 12 de diciembre de 1997. Esta última exención es aplicable a todos los países y su justificación es la “necesidad de proteger la participación actual de ciudadanos estadounidenses en el capital social de los proveedores estadounidenses de servicios que realizan operaciones en el territorio de otros Miembros”. En ambos casos el límite de la exención es “indeterminado”.

Canadá firma una exención por la cual concede acceso preferencial a los servicios de seguros de Ontario a los agentes de seguros de Estados Unidos y a los ciudadanos estadounidenses no residentes que son agentes de seguros. Esta exención se concede si existe reciprocidad por parte de Estados Unidos.

CUADRO 1

Compromisos de liberalización (total o parcial) firmados por los países de América y el Caribe en el marco del AGCS en los servicios de salud

| Compromisos asumidos en AGCS | Países | Servicios médicos y odontológicos* | | | Enfermeras parteras etc. modo 4 A y T | Servicios de hospital | | Seguros de salud | | |
|------------------------------------|-------------------|------------------------------------|--------|--------|---|-----------------------|--------|------------------|--------|---|
| | | modo 1 | modo 2 | modo 4 | | modo 2 | modo 3 | modo 2 | modo 3 | |
| | | A y T | A y T | A y T | | A y T | A y T | A y T | A | T |
| No consolidaron compromisos | Chile | | | | | | | | | |
| | El Salvador | | | | | | | | | |
| | Guatemala | | | | | | | | | |
| | Haití | | | | | | | | | |
| | Surinam | | | | | | | | | |
| | Uruguay | | | | | | | | | |
| Serv médicos | Barbados | | | P | | | | | | |
| | Belice | T | T | P | | | | | | |
| Serv médicos y de hospital | Costa Rica | | T | P | | T | | | | |
| | Trinidad y Tobago | T | T | P | | T | | | | |
| Seguros de salud | Argentina | | | | | | | | | T |
| | Brasil | | | | | | | | P | T |
| | Honduras | | | | | | | | P | T |
| | Nicaragua | | | | | | | | P | T |
| | Venezuela | | | | | | | | P | T |
| | Colombia | | | | | | | | T | T |
| | Cuba | | | | | | | | T | T |
| | Paraguay | | | | | | | | T | T |
| | Perú | | | | | | | | T | T |
| Seguros y Hospital | Bolivia | | | | | T | T | | P | |
| | Ecuador | | | | | T | T | | T | P |
| | Panamá | | | | | T | T | | T | T |
| Seg y Medicos | Guyana | T | T | P | | | | T | T | T |
| Sin enfermeras | Rep. Dominicana | | T | P | | T | T | | P | |
| TODOS | Jamaica | T | T | P | P | T | T | | P | T |
| | México | T | T | P | P | T | P | | P | T |
| Seguros de salud | Canadá | | | | | | | T | P | P |
| Seguros y Hospital | Estados Unidos | | | | | P | P | T | P | T |

Notas:

* Hay países que no firman compromisos para todo el sector servicios médicos y odontológicos sino que solo incluyen algún subsector. Ellos son: Barbados firma sólo en servicios médicos especializados (CCP 93122); Belice en servicios médicos generales (CCP 93121) y Neurocirugía; Jamaica en servicios médicos generales y especializados (CCP 93121 y 93122) y Trinidad y Tobago en servicios odontológicos (CCP 93123).

En cada servicio se negocian 4 modos de intercambio:

modo 1 - comercio transfronterizo

modo 2 - consumo en el extranjero

modo 3 - presencia comercial extranjera (IED)

modo 4 - presencia de profesionales extranjeros

Para cada modo de intercambio se consolidan compromisos en **Acceso al mercado (A)** y **Trato nacional (T)**

Los compromisos de liberalización que se consolidan pueden ser:

T - liberalización total

P - liberalización parcial (con restricciones o condicionamientos)

Fuente: elaboración propia en base a las Listas de Compromisos Específicos de cada país actualizadas a diciembre 2001, OMC.

Acuerdos regionales y servicios de salud

En ámbitos más reducidos de integración (a nivel bilateral, regional y hemisférico) se está avanzando también en la firma de acuerdos de liberalización del comercio de servicios. Al respecto el AGCS establece en el artículo V que las preferencias que se otorguen los países de la OMC a otro nivel de integración (hemisférico, sub-regional o bilateral) deben cumplir dos requisitos para ser exceptuados de la obligación general de trato de Nación Más Favorecida. Estos requisitos son: el acuerdo debe tener cobertura sectorial sustancial, en términos de sectores, volumen de comercio afectado y modos de suministro, y debe proveer Trato Nacional a los Estados Parte eliminando “sustancialmente” toda discriminación. Según el mismo artículo, los países en desarrollo gozan de cierta flexibilidad en la aplicación de este segundo requisito pero no está especificado su alcance.

Por lo tanto, en la medida que se avance en las negociaciones comerciales y en la concesión de preferencias en los distintos niveles de integración el esquema hemisférico pasaría a ser un “plus” del esquema multilateral y los esquemas sub-regionales y bilaterales serían un “plus” del acuerdo hemisférico.¹²

A nivel hemisférico, las negociaciones en el ALCA no han avanzado más allá del AGCS. El Grupo de Negociación sobre Servicios tenía fecha límite 1° de abril de 2002 para presentar al Comité de Negociaciones Comerciales (CNC) sus recomendaciones sobre modalidades y procedimientos de negociación para su evaluación en el CNC con el objetivo de iniciar negociaciones, a más tardar, el 15 de mayo de 2002. Se prevé que las negociaciones concluyan, a más tardar, en enero de 2005 y el acuerdo entre en vigencia no más allá de diciembre de 2005.

A nivel regional, el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), la Comunidad Andina (CAN), el Grupo de los Tres (G-3), la Comunidad del Caribe y Mercado Común del Caribe (CARICOM) y los países del Mercado Común Centroamericano (MCCA) sin Panamá, han firmado acuerdos de liberalización del comercio de servicios.

En general, las preferencias a nivel regional aún no se han profundizado respecto a la concedidas a nivel multilateral. Ello se debe, principalmente, a que en los grupos de países donde habría más terreno para avanzar a nivel de los acuerdos regionales las negociaciones recién se están iniciando. En el Cuadro 2, que reordena el Cuadro 1 organizando los países por bloque regional de pertenencia, se observa que en el MERCOSUR, la CAN y el MCCA es donde habría, respecto al AGCS, más terreno para otorgar preferencias a nivel regional.

Sólo el acuerdo MERCOSUR utilizó la misma modalidad de negociación que el AGCS, por “lista positiva”. Los demás acuerdos, siguiendo la modalidad del TLCAN, se negocian por “lista negativa”. La negociación por “lista positiva” significa que los países miembros del acuerdo establecen en una lista los compromisos de acceso al mercado y trato nacional que conceden a un determinado servicio o proveedor de servicio por modo de suministro. La negociación por “lista negativa” significa que los países miembros del acuerdo desde el momento de su entrada en vigencia se comprometen a

¹² Abugattas Majluf, L. (2000) y ALADI (1999).

otorgar acceso al mercado y trato nacional para todos los servicios, excepto para aquellos especificados en una lista los cuales se irán liberalizando en futuras negociaciones.

En el MERCOSUR, aún no se ha ratificado el Protocolo de Montevideo donde se establecieron las reglas para la liberalización del comercio de servicios. Dicho protocolo firmado en diciembre de 1997 incluye las listas de compromisos específicos de liberalización que firmó cada país por sector y modo de suministro. Esas listas, por lo menos para los servicios de salud, consolidan los mismos compromisos que las del AGCS. A pesar que el protocolo aún no entró en vigencia los gobiernos han seguido realizando reuniones anuales de negociación pero no han profundizado los compromisos iniciales.

La Comunidad Andina (CAN) establecía en la Decisión 439 del 11 de junio de 1998 que para alcanzar la liberalización plena del intercambio de todos los servicios se realizarían negociaciones anuales en base a un inventario de medidas restrictivas al comercio de servicios. Dicho inventario se aprobó recién el 31 de octubre de 2001 (en la Decisión 510 de la CAN) y por ello aún no se ha avanzado en las negociaciones de liberalización. En dicha Decisión se prevé que en los dos meses siguientes a su entrada en vigencia la Secretaría General de la CAN sometería a consideración de los Países Miembros un programa de trabajo con el propósito de avanzar en el proceso de liberalización.

El MCCA firmó recién el 24 de marzo del 2002 el acuerdo para la liberalización del comercio de servicios que entrará en vigencia el 31 de diciembre de 2002. Se prevé un proceso de liberalización progresiva de las restricciones remanentes (inscritas en el anexo I del acuerdo) a través de negociaciones bianuales.

Por otra parte, los países del CARICOM y México del TLCAN tienen escaso margen para avanzar a nivel regional ya que han concedido preferencias a nivel multilateral en casi todos los sectores de servicios de salud.

México, como se observaba en el Cuadro 1, es uno de los países que firma compromisos de liberalización en el AGCS en todos los servicios de salud. Por lo tanto, dado que el TLCAN es uno de los acuerdos que ha realizado los mayores avances en el proceso de integración de los servicios las preferencias que pueden existir al interior de la región respecto al AGCS son en el acceso al mercado en el modo 3 (IED) de seguros o en el acceso al mercado y el trato nacional en el modo 4 (movimiento de profesionales).¹³

En el acuerdo CARICOM habría un mayor avance a nivel de la región respecto al AGCS en la libre movilidad de profesionales. Una de las medidas más significativas llevadas adelante por el CARICOM para la liberalización del comercio de servicios en la sub-región ha sido el compromiso de permitir a los graduados universitarios trasladarse y trabajar libremente en cualquier país del mercado común. Para ello los países han promulgado leyes nacionales que implementan las provisiones para liberalizar dicho

¹³ En el modo 3 recién en el año 2000 México habría liberalizado el ingreso del 100% de IED en Servicios Financieros (en este caso los seguros) a sus socios del TLCAN y en el modo 4 se avanzó en la eliminación de los requerimientos de nacionalidad y residencia permanente pero el reconocimiento aún no es automático (Chanda, 2001).

movimiento. Este acuerdo prevé la eliminación de todas las restricciones al comercio de servicios a través de un programa que aún está en elaboración.

Por lo tanto, en el momento actual no hay más preferencias a nivel regional que a nivel multilateral en el intercambio de servicios de salud. En el futuro, dado que estos acuerdos han previsto la liberalización plena del intercambio de servicios, para el año 2005 en el caso de la CAN y para esa fecha o más adelante en el caso del CARICOM, MCCA y MERCOSUR, las preferencias regionales podrían diferenciarse de las multilaterales. De todas formas, hay que tener en cuenta que actualmente el AGCS está desarrollando la ronda de negociaciones que estaba previsto iniciar en el año 2000 y espera finalizarlas en el 2004. El grado de avance en la liberalización de estos servicios en dicha ronda condicionará los avances que se puedan lograr en el ALCA y ello, a su vez, condicionará los avances que se puedan lograr a nivel regional dado el artículo V del AGCS que prevé que este acuerdo sea el mínimo común denominador de todos los demás.

A su vez, es interesante notar que al interior de cada bloque regional los países que firmaron compromisos en el AGCS en servicios de salud lo hicieron en sectores similares. Al interior de la CAN, todos los países firmaron compromisos sólo en el modo 3 de seguros de salud, con la excepción de Ecuador y Bolivia que incorporaron también servicios de hospital siendo estos países los de menor desarrollo relativo al interior de la región. Los países del MERCOSUR firmaron compromisos sólo en el modo 3 de seguros de salud. En el MCCA, Costa Rica se diferencia del resto porque firma compromisos en servicios médicos y en el modo 2 de servicios de hospital mientras que el resto de los países del acuerdo o no firma compromisos o lo hace sólo en seguros de salud. Panamá que no integra el acuerdo comercial en servicios pero pertenece al MCCA firma en seguros y servicios hospitalarios. El CARICOM que presenta a su interior mayores divergencias concentra sus compromisos en servicios médicos y odontológicos. Por último, en el TLCAN México liberaliza todo multilateralmente mientras Canadá y Estados Unidos mantienen algunas reservas. Estados Unidos firma compromisos sólo en servicios de hospital y seguros de salud y Canadá sólo en seguros.

Estas similitudes entre los sectores liberalizados en el AGCS por miembros de cada bloque regional podrían estar evidenciando que los países mantienen posiciones comunes respecto a la liberalización de los servicios de salud con sus socios del acuerdo regional. Ello se ve claramente en el caso del MERCOSUR y el CARICOM. En el bloque MERCOSUR hay especial interés por la atracción de IED en general. En la resolución N°36/00 del Grupo Mercado Común se establece como un interés particular para la profundización de los compromisos de liberalización de los servicios “analizar la posibilidad y establecer modalidades negociadoras para adelantar la eliminación de las restricciones existentes en el modo de prestación presencia comercial, tanto en lo referido al acceso al mercado como al trato nacional”. A nivel del CARICOM la prestación compartida de servicios médicos es una modalidad en expansión lo que implica el intercambio de servicios médicos entre países, tanto por medio del movimiento de pacientes (modo 2) como del traslado de profesionales (modo 4). Como se mencionó anteriormente, ya existen en casi todos los países del CARICOM leyes nacionales que permiten el libre movimiento de profesionales.

CUADRO 2

Compromisos de liberalización firmados por los países de América y el Caribe en el marco del AGCS en los servicios de salud, clasificados por acuerdo de integración regional

| ACUERDOS REGIONALES | Países | Servicios médicos y odontológicos | | | Enfermeras parteras etc. modo 4 A y T | Servicios de hospital | | Seguros de salud | | |
|---|-------------------|-----------------------------------|--------|--------|---|-----------------------|--------|------------------|--------|---|
| | | modo 1 | modo 2 | modo 4 | | modo 2 | modo 3 | modo 2 | modo 3 | |
| | | A y T | A y T | A y T | | A y T | A y T | A y T | A | T |
| Comunidad Andina de Naciones (CAN) | Colombia | | | | | | | | T | T |
| | Perú | | | | | | | | T | T |
| | Venezuela | | | | | | | | P | T |
| | Ecuador | | | | | T | T | | T | P |
| | Bolivia | | | | | T | T | | P | |
| MERCOSUR | Argentina | | | | | | | | | T |
| | Brasil | | | | | | | | P | T |
| | Chile | | | | | | | | | |
| | Paraguay | | | | | | | | T | T |
| | Uruguay | | | | | | | | | |
| Comunidad del Caribe (CARICOM) | Barbados | | | P | | | | | | |
| | Belice | T | T | P | | | | | | |
| | Guyana | T | T | P | | | | T | T | T |
| | Haití | | | | | | | | | |
| | Jamaica | T | T | P | P | T | T | | P | T |
| | Surinam | | | | | | | | | |
| | Trinidad y Tobago | T | T | P | | T | | | | |
| | Cuba | | | | | | | | T | T |
| | Rep. Dominicana | | T | P | | T | T | | P | |
| Mercado Común Centroamericano (MCCA) | El Salvador | | | | | | | | | |
| | Guatemala | | | | | | | | | |
| | Honduras | | | | | | | | P | T |
| | Nicaragua | | | | | | | | P | T |
| | Costa Rica | | T | P | | T | | | | |
| | Panamá | | | | | T | T | | T | T |
| TLCAN (NAFTA en inglés) | México | T | T | P | P | T | P | | P | T |
| | Canadá | | | | | | | T | P | P |
| | Estados Unidos | | | | | P | P | T | P | T |

Notas:

En cada servicio se negocian 4 modos de intercambio:

modo 1 - comercio transfronterizo

modo 2 - consumo en el extranjero

modo 3 - presencia comercial extranjera (IED)

modo 4 - presencia de profesionales extranjeros

Para cada modo de intercambio se consolidan compromisos en **Acceso al mercado (A)** y **Trato nacional (T)**

Los compromisos de liberalización que se consolidan pueden ser:

T - liberalización total

P - liberalización parcial (con restricciones o condicionamientos)

Fuente: elaboración propia en base a las Listas de Compromisos Específicos de cada país actualizadas a diciembre 2001, OMC.

Desafíos que se le presentan a los países de ALC ante la liberalización del comercio internacional de los servicios de salud

El hecho de que los países de ALC estén negociando actualmente la liberalización del comercio internacional de los servicios de salud en los distintos niveles de integración (regional, hemisférico y multilateral) ha promovido el debate sobre los desafíos que se le presentan a los hacedores de política de estos países para aprovechar las oportunidades y evitar los riesgos que el incremento del intercambio puede generar sobre los sistemas de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha preocupado por advertir cuáles son los impactos positivos y negativos que la liberalización del comercio internacional de los servicios de salud puede tener sobre los sistemas de salud de los países en desarrollo. En su esquema de análisis se plantean los trade-offs que se pueden prever sobre los objetivos de salud pública (equidad, calidad y eficiencia) con la liberalización del comercio por cada modo de suministro. De ello se desprende que los impactos positivos que puedan esperarse sobre alguno de los objetivos pueden compensarse con impactos negativos en alguno de los otros y por ello es importante evaluar en cada caso particular cuál sería el resultado neto que podría obtenerse. Realizan, a su vez, recomendaciones sobre las prevenciones que pueden tomarse para evitar o reducir los impactos negativos.¹⁴

Por otra parte, técnicos de la OMC (Adlung y Carzaniga) reconocen que aún existen barreras para que los países en desarrollo exploten su potencial exportador y ponen énfasis en la necesidad de que estos países en la actual ronda de negociaciones del AGCS realicen los mayores esfuerzos para obtener el mejor provecho de las mismas.¹⁵

A continuación se presentan los tres desafíos que se consideraron más relevantes para que los países de América Latina y el Caribe aprovechen mejor las oportunidades que les ofrece la liberalización del intercambio internacional de los servicios de salud e intenten evitar o compensar los riesgos que puedan enfrentar por sus características particulares. Para el análisis se consideró la información ya presentada sobre los avances que han realizado estos países en la liberalización del intercambio de los servicios de salud en los distintos niveles de integración. Además, se tuvo en cuenta la evidencia disponible sobre la participación de estos países en el comercio internacional de servicios de salud, su potencial de exportación y la información relativa a sus sistemas de salud, el nivel y las necesidades de salud de su población y la disponibilidad de recursos humanos.

¹⁴ El esquema base se presenta en Adams y Kinnon (1997). Luego hay varios trabajos que adoptan dicho esquema de análisis.

¹⁵ Adlung y Carzaniga (2001).

Primer desafío: regular adecuadamente el mercado de los seguros de salud

El primer desafío está pensado en relación al servicio y modo en que se han firmado la mayor cantidad de compromisos de liberalización y que ha tenido una importante expansión en los últimos años: la IED (modo 3) en seguros de salud.

Al hecho de que la apertura comercial de los países de ALC en servicios de salud se comprometió principalmente en seguros de salud, se suma la hipótesis de que la negociación a nivel de la OMC de estos servicios estuvo “atada” a la negociación de los servicios financieros en general. De ello se deduciría que los países en el momento de firmar los compromisos de liberalización en seguros de salud pueden no haber considerado las implicancias particulares que tienen los seguros privados de salud en el sistema de salud.

Dicha hipótesis surge al observar que sólo dos países, Brasil y Chile, especifican su compromiso en seguros de salud por separado del resto de los seguros. El resto firmó compromisos en el subsector Seguros en su conjunto, tanto los que liberalizaron como los que no lo hicieron.¹⁶ Por ello interesa llamar la atención a estos países sobre las implicancias negativas que puede tener la liberalización comercial en los seguros de salud y los desafíos que se le presentan a los hacedores de política de esos países.

Hay que tener en cuenta que la situación de partida de los sistemas de salud de los distintos países es distinta y que, por lo tanto, los impactos deben evaluarse en cada caso particular. De todas formas, se plantean a continuación los fundamentos sobre los impactos negativos que puede tener el ingreso de aseguradoras privadas al mercado de la salud. Luego se relativizará para cada caso en particular en función de la estructura organizativa del sistema de salud, la evaluación de su desempeño que realiza la OMS, el nivel de salud de la población y sus necesidades.

Según el esquema de análisis de Adams y Kinnon (1997) el ingreso de inversión extranjera (en general) podría generar un impacto negativo sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud al segmentar el mercado.¹⁷ Para evitar dicho impacto debería existir un marco regulatorio adecuado previo a la entrada de dicha inversión.

Más precisamente, respecto a la liberalización de los seguros de salud Sbarbaro (2000) y Lipson (2001a) plantean los riesgos y desafíos que se le presentan a los sistemas de salud de los países en desarrollo. Ambos concuerdan con Adams y Kinnon en que el principal riesgo es la segmentación del mercado de la salud porque estas aseguradoras ofrecen servicios a los grupos de población de mayores ingresos y/o más saludables y excluyen a los pobres y/o enfermos crónicos. Ello responde al mecanismo de “descreme” que utilizan las aseguradoras al definir sus planes de seguros buscando quedarse con los clientes de menor riesgo. Dicho mecanismo de captación de clientes

¹⁶ El subsector Seguros es el numeral A del sector Servicios Financieros de la Lista de Clasificación Sectorial de los Servicios (MTN.GNS/W/120) e incluye todo tipo de seguros, reaseguros y servicios relacionados con los seguros. El numeral B incluye a los servicios bancarios y el C se denomina Otros e incluye un resto no especificado en la lista.

¹⁷ Un mercado se segmenta cuando ciertos sectores de la población tienen acceso a determinado servicio de salud y otros no. Cuando un mercado ya está segmentado el efecto negativo podría ser la profundización de dicha segmentación.

genera, a su vez, una mayor presión financiera sobre el resto del sistema que se queda, por diferencia, con la población de mayor riesgo. Dado que el sector público es el proveedor de servicios en última instancia en todos los países, y que los presupuestos públicos son en general bastante restringidos, dicho impacto debe ser tenido en cuenta al permitir el ingreso de dichas aseguradoras.

Otro efecto negativo sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud es la fuga interna de cerebros que se puede generar del sector público a estos servicios privados, principalmente en los países donde las condiciones de trabajo, y entre ellas la remuneración, son inferiores en el sector público que en el resto del sistema. Ello limitaría el acceso de la población a ciertos especialistas o reduciría la disponibilidad de los mismos en el sector público, empeorando la calidad del servicio que se le brinda a este segmento de la población.

También se puede ver afectado el principio de eficiencia en el logro de los objetivos del sistema de salud. Ello se refiere a un aumento en el gasto en salud que no se corresponda con una mejora en el estado de salud de la población. El aumento en el gasto puede darse por el estímulo que genera el usual mecanismo de pago de estas aseguradoras a los médicos (pago por servicio o “fee-for-service”) a inducir la demanda. A su vez, los seguros de salud proveen recursos que los hospitales pueden capitalizar a través de inversiones en alta tecnología o en calidad de servicios para atraer a médicos y pacientes de alto nivel de gasto. Pero dichas inversiones no tendrían relación con las necesidades prioritarias de salud de la población.

Para prevenir estos males, Sbarbaro y Lipson al igual que Adams y Kinnon, recomiendan poseer o establecer un marco regulatorio para minimizar los efectos negativos. Dicho marco regulatorio debería existir con anterioridad al ingreso de estas aseguradoras al mercado, sean extranjeras o nacionales, por las dificultades que implica cambiar las reglas de juego cuando ya están operando. Cuando ya existen aseguradoras nacionales y se liberaliza el ingreso de extranjeras el marco regulatorio debería adecuarse a esa nueva situación. Lipson, de todas formas, hace hincapié en la debilidad que tienen los países en desarrollo para aplicar sus medidas regulatorias. En ese caso, enfatiza en que no basta con tener un marco regulatorio adecuado sino que también hay que poseer la capacidad para aplicarlo y hacerlo cumplir.

Según Sbarbaro el marco regulatorio debe contener normas para la selección de los asegurados intentando evitar la exclusión de los pobres y de los pacientes “enfermos/caros”, para controlar la escalada de costos, para definir los servicios que quedan incluidos y excluidos de los seguros, para definir la estructura de los premios que pagarían los asegurados y los pagos a los profesionales, la selección e interacción con los proveedores de servicios, los requerimientos de información, la adhesión a las pautas nacionales de tratamiento y para velar por la preservación de las funciones esenciales del sector público (refiriéndose al control y atención de las diez principales enfermedades que impactan a los países en desarrollo según la OMS).¹⁸

En síntesis, el principal desafío para los países que permiten el ingreso de seguros privados de salud en su mercado a través de IED es poseer un marco normativo

¹⁸ Esas enfermedades son: malaria, SIDA, tuberculosis, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, enfermedades prevenibles con vacunación, cuidado materno e infantil, parásitos tropicales e infecciones helmínticas y enfermedades relacionadas al tabaco.

adecuado y aplicarlo. Dicho marco debería existir con anterioridad al ingreso de las aseguradoras, por lo cual, el desafío también se extiende a quienes aún no posean IED en seguros de salud y no hayan liberalizado su ingreso pero vayan a hacerlo en el futuro.

Por ello, en una primer instancia, importa identificar qué países se encuentran en una situación más vulnerable a los riesgos que implica el ingreso de aseguradoras privadas porque son quienes precisan atención más urgente en este tema. Dichos países serían los que ya firmaron compromisos de liberalización en seguros de salud y/o poseen IED en dicho sector y no poseen un marco regulatorio.

Para la identificación de qué países poseen un marco regulatorio para los seguros privados de salud se consideró el trabajo realizado por OPS con financiamiento del BID (Bolis, 2001) que revisa la legislación de los países de ALC vinculada a distintos sectores de la salud.¹⁹ En particular, para los seguros privados de salud evalúa si, al 1° de abril del 2001, existen en los países considerados un marco que regule la participación del sector privado en los seguros de salud, si se les exigen garantías de calidad y si existen entidades específicas de control.²⁰

De la combinación de los tres elementos detallados para identificar los países más vulnerables surgen dos grupos de países: los que firmaron compromisos de liberalización en el AGCS, poseen o no IED y no poseen marco regulatorio; y los que no firmaron compromisos de liberalización en seguros de salud en el AGCS pero poseen IED en el sector y no poseen marco regulatorio. En el primer grupo de países se encuentran: Jamaica, Guyana, Bolivia, Honduras, Nicaragua, Panamá y Venezuela. Todos ellos son países que firmaron compromisos de liberalización ante el AGCS en forma parcial o total en seguros de salud pero no poseen un marco regulatorio específico para el sector, no poseen garantías de calidad específicas y no disponen de un ente específico de control.

En el caso de Guyana y Panamá la liberalización fue total (no hay limitaciones al ingreso de aseguradoras) y en Panamá ya hay por lo menos una empresa aseguradora

¹⁹ Los países considerados en Bolis (2001) son: Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela. En este trabajo son considerados también: Cuba, Haití y Surinam, para los cuales se definirá una clasificación preliminar.

²⁰ El criterio utilizado en Bolis (2001) para clasificar a los países entre los que poseen o no un marco regulatorio no se ajustaría necesariamente a la exigencia de que dicho marco sea el adecuado para evitar los riesgos que puede generar la actividad de estas aseguradoras para el sistema de salud (segmentación, ineficiencia o reducción de la calidad de los servicios públicos). De todas formas, es un primer paso para identificar qué países poseen o no un marco regulatorio específico para regular la actividad de los seguros privados y deja en evidencia qué países no poseen ningún marco regulatorio. Además, más allá que para los países que según Bolis (2001) poseen un marco regulatorio sería relevante analizar si dicho marco incorpora las cláusulas necesarias para evitar los riesgos mencionados para el sistema de salud, como se trata de países que, en general, ya poseen seguros privados, y más aún en casi todos los casos ya existen aseguradoras extranjeras, establecer un marco regulatorio adecuado en esos casos es importante pero probablemente ya no sería un medio para evitar los posibles impactos negativos sino más bien para tratar de compensarlos.

extranjera que es CIGNA. El resto de países pusieron algún tipo de restricción al ingreso. Honduras sería el más restrictivo con sus condicionamientos ya que exige que se haga una evaluación de las condiciones y necesidades económicas de la inversión, que se constituya en una sociedad anónima y que por lo menos el 60% del capital social esté en manos de hondureños. Jamaica aún mantiene una restricción de que el 51% del capital social esté en manos nacionales porque no ha aprobado el Quinto Protocolo donde se reduce dicho porcentaje al 0%.²¹ Es interesante notar que en dicho caso el atraso en la ratificación del protocolo se debe a una voluntad política de fortalecer el marco legislativo y administrativo del sector financiero en general.²² Ello, de todas formas, no garantiza que se vaya a regular el mercado de seguros de salud en particular. Le siguen Bolivia y Venezuela que exigen la constitución como sociedad anónima y una evaluación de la conveniencia económica para el país y de las necesidades específicas del mercado nacional de seguros. En Bolivia, en particular, está prohibida la instalación de oficinas de representación. En Venezuela se establece además que, como exención indefinida al artículo II del AGCS que establece el principio de Nación Más Favorecida (NMF), “el Ejecutivo Nacional, cuando lo considere conveniente, podrá solicitar condiciones de reciprocidad con los capitales nacionales, por parte de los países de origen de los capitales extranjeros que participen en el sistema asegurador venezolano”. También establece que los cargos de dirección deben ser ocupados en su mayoría por venezolanos. Nicaragua, por su parte, pone exigencias solamente en la forma jurídica de la empresa la cual debe ser sociedad anónima.

Dado que el riesgo que corren estos países es la segmentación del mercado de la salud es muy distinta la situación de países como Jamaica donde su sistema de salud es Público Integrado, o sea, la provisión del servicio de salud es pública con cobertura universal, mientras que en el resto de países considerados vulnerables el sistema de salud es el Segmentado.²³ En éste caso el sistema de salud está conformado por un sector público y uno privado en los cuales las funciones desde el financiamiento hasta la provisión del servicio están integradas verticalmente. El sector público se subdivide, generalmente, en seguridad social y ministerio de salud. Estos tres segmentos institucionales se caracterizan por proveer servicios de salud a tres segmentos distintos de la población. Por ello, en estos países el mercado de la salud ya está segmentado y el impacto negativo de las nuevas aseguradoras podría estar en la profundización de dicha segmentación. Ello es más relevante aún si se tiene en cuenta que se trata de países donde el sector público tiene gran relevancia y es escasa o nula la presencia de aseguradoras privadas.

Hay que tener en cuenta también que en Bolivia, Guyana, Honduras y Nicaragua el nivel de salud de la población, el logro de las metas globales del sistema de salud que considera la OMS y la evaluación del desempeño del sistema dan registros muy bajos en relación al resto de los países de ALC. A su vez, las necesidades de salud de la población consideradas en función de la etapa de transición epidemiológica y

²¹ El Quinto Protocolo anexo al AGCS contiene el resultado de las negociaciones sobre Servicios Financieros finalizadas en diciembre de 1997. En la medida en que los países lo aprueban, las Listas de Compromisos Específicos y de Exenciones del Artículo II resultado de estas negociaciones reemplazan a las secciones referentes a los servicios financieros de las Listas previamente firmadas (las que rigen desde enero de 1995).

²² Información brindada por el representante de Jamaica ante el Comité de Servicios Financieros en la reunión del 9 de mayo del 2001 (Nota de la Secretaría de la OMC, S/FIN/M/31).

²³ La tipología de los modelos de sistemas de salud en ALC corresponde a Londoño y Frenk (1997). La clasificación de países según tipo de sistema fue actualizada en base a Bolis (2001).

demográfica en que se encuentran estos países son básicas, principalmente en el caso de Bolivia que está en la fase inicial de la transición (incipiente) pero también en Honduras y Nicaragua que están en la fase siguiente (moderada). Ello significa que en estos países el desarrollo de la función pública es aún muy relevante.

La duda en estos casos es: ¿cuáles son las posibilidades de regular ahora el funcionamiento del mercado para evitar los impactos negativos? A pesar que la recomendación es “regular antes de liberalizar” el hecho de que en estos países los seguros privados no tienen un gran desarrollo y que sólo en Jamaica y Panamá se ha identificado la presencia de aseguradoras extranjeras, podría estar dejando un margen para implementar dicha regulación.

El segundo grupo de países, aquellos que no poseen marco regulatorio, no firman compromisos de liberalización pero poseen IED en un sector de seguros privados de incipiente desarrollo, está conformado por: Belice, Costa Rica, El Salvador y Guatemala. En estos países no se conoce cuál es el nivel de apertura del sector ni las condiciones para su ingreso, sólo se conoce que existe IED en base a la información secundaria revisada.²⁴ Sólo en el caso de Costa Rica el sistema es Público Integrado con un muy buen desempeño. En los demás países el sistema es Segmentado y posee bajos niveles de desempeño (referido a la eficiencia y eficacia del mismo). Por ello sería necesario evaluar en cada caso cuál es el impacto que puede tener el ingreso de estas aseguradoras y cuál es el marco normativo apropiado. Ello es sumamente relevante en los casos en que el gobierno se haya propuesto estimular el crecimiento del sector de seguros privados.

El resto de países que no disponen de un marco normativo para regular los seguros privados de salud son: Bahamas, Barbados, Haití, Surinam y Trinidad y Tobago.²⁵ Según las estadísticas de la OMS, en Barbados y Trinidad y Tobago existe un pequeño sector de seguros privados, en Bahamas y Haití no se dispone de información y en Surinam no existen. Por lo tanto, aunque no se identificó la presencia de inversión extranjera, en los países donde existen seguros nacionales también se debería regular.

Por otra parte, están los países que ya disponen de un marco regulatorio para el sector de los seguros privados de salud pero podría ser necesario evaluar si dicho marco es suficiente para evitar los impactos negativos que puede tener el ingreso de aseguradoras extranjeras al financiamiento y/o provisión de servicios de salud. En todos

²⁴ En Belice, el informe preparado por las autoridades sanitarias del país para OPS señala que, “el seguro médico privado es limitado pero ha aumentado rápidamente en los años ochenta y noventa; muchas de las aseguradoras son miembros de las compañías internacionales grandes”. En Costa Rica, también el informe a OPS señala que “hay un pequeño mercado de seguros extranjeros destinado a la clase media-alta y alta, pero las autoridades sanitarias no tienen información confiable de los grados de cobertura y las modalidades de prestación del aseguramiento privado”. En Guatemala está CIGNA que es una empresa internacional. En El Salvador, según el informe preparado para OPS, “las principales aseguradoras en salud son SISA (Seguros e Inversiones S.A.), Pan American Life, ASESUISA (Aseguradora Suiza Salvadoreña) y Salud Total”. En este último caso, Pan American Life es una compañía internacional.

²⁵ Haití y Surinam fueron clasificados en forma preliminar como países que no poseen marco regulatorio para los seguros privados de salud por la información obtenida de los informes que presentan los países a OPS. Ello es coherente también con el hecho de que estos países no poseen un sector de seguros privados desarrollado en el país.

ellos, excepto en Cuba y República Dominicana, se ha identificado la presencia de aseguradoras extranjeras. Se trata, en general, de países que poseen un importante desarrollo de los seguros privados de salud, como es el caso de los países con Sistema de Aseguramiento Mixto Regulado (Argentina, Chile, Colombia, República Dominicana y Uruguay) y Brasil con su Sistema Único de Salud. También integran este grupo de países Ecuador, México, Paraguay y Perú que poseen Sistema Segmentado y un menor desarrollo de los seguros privados y Cuba con Sistema Público Integrado que no posee este tipo de seguros.²⁶

En los países donde ya existe un mercado de seguros privados de salud el marco regulador y su aplicación sería necesario independientemente de la liberalización al acceso de nuevas aseguradoras. Todos estos países, con la excepción de Chile, Uruguay, y posiblemente de Argentina que mantenía suspendida la autorización al ingreso de nuevas aseguradoras, han firmado compromisos de liberalización en el AGCS. La mayoría comprometió la liberalización sin ningún tipo de restricción. Es el caso de Colombia, Cuba, Ecuador, Paraguay y Perú. Brasil, República Dominicana y México pusieron restricciones al porcentaje accionario que puede pertenecer a capitales extranjeros. En todos los casos definen porcentajes inferiores al 50%. En el caso de Brasil esta medida se estaría levantando si ratifican el Quinto Protocolo, proceso que se ha demorado por el tiempo que incurren "los procesos internos pertinentes".²⁷

El caso de Chile es muy interesante porque fundamenta con hechos la necesidad de lograr el desafío que se está planteando. En Chile comenzaron a funcionar las ISAPRES (compañías de seguros) en 1981 sin la presencia de un ente y un marco regulador. Diez años después, se creó la Superintendencia de las ISAPRES porque se empezó a entender el efecto negativo sobre la segmentación del mercado que tenía el libre funcionamiento de dichas empresas aseguradoras. Varios trabajos comentan el problema de la inequidad en el acceso a los servicios de salud que se generó con el desarrollo de las ISAPRES.²⁸ Dichos trabajos justifican el problema de la segmentación en la escasez de reglamentación y la limitada capacidad del Estado para ejercer el control. Actualmente está en debate la reforma del sistema de seguro de salud para abordar el problema de la segmentación. Ello se corresponde con que a nivel de la OMC hayan excluido expresamente, en la segunda ronda de negociaciones de servicios financieros que culminó en diciembre de 1997, a los servicios de seguros de salud vinculados a las ISAPRES y el FONASA (el seguro público).

A su vez, si el sistema está adecuadamente regulado la liberalización del ingreso de aseguradoras privadas puede tener efectos positivos sobre la eficiencia y calidad del sistema. Si genera competencia puede inducir a una reducción de precios y a un mayor acceso a los servicios que brindan dichas aseguradoras. También si estimularan la transferencia de tecnología o la mejora en la calidad de los servicios, estos beneficios podrían distribuirse entre un mayor espectro de población.

²⁶ A pesar que en este grupo se consideran los países que ya poseen un marco regulatorio para los seguros privados de salud y ese no sería el caso de Cuba, éste país se incorporó al grupo porque la importante función rectora que ejerce el Ministerio de Salud Pública en el sistema de salud cubano así como el papel regulador del Estado en general, permiten prever que si ingresaran aseguradoras privadas al mercado de la salud lo harían en un ambiente regulado.

²⁷ Información brindada por el representante de Brasil ante el Comité de Servicios Financieros en la reunión del 9 de mayo del 2001 (Nota de la Secretaría de la OMC, S/FIN/M/31).

²⁸ Sapelli (1999); OMS (2000), Box 5.2 que cita a Baeza y Copetta, 1999; Homedes y Ugalde (2002).

Por otra parte, los países que tienen potencial exportador a través de la inversión en el exterior de sus aseguradoras privadas, como Chile y Colombia, se beneficiarían de las remesas de sus utilidades.

CUADRO 3
Clasificación de los países de ALC según el sistema de salud que poseen y la situación de su mercado de seguros privados de salud

| Tipo de Sistema de Salud | SIN marco regulatorio | | | | CON marco regulatorio | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|---|------------------------------------|--|-----------------------------|-----------------|-------------------------------|---------|
| | Liberalizan | | No liberalizan | | Liberalizan | | No liberalizan | |
| | Total | Parcial | Con IED | Sin IED | Total | Parcial | Con IED | Sin IED |
| Público Integrado | | Jamaica | Costa Rica | Bahamas Barbados Trinidad y Tobago | Cuba | | | |
| Segmentado | Guyana Panamá | Bolivia Honduras Nicaragua Venezuela | Belice El Salvador Guatemala | Haití Surinam | Ecuador Paraguay Perú | México | | |
| Aseguramiento Mixto Regulado | | | | | Colombia | Rep. Dominicana | Argentina Chile Uruguay | |
| Único | | | | | | Brasil | | |

Nota: se denomina "Liberalizan" o "No liberalizan" a los países que firmaron o no compromisos de liberalización en el AGCS.

Los países resaltados al interior de los que "liberalizan" son los que poseen IED en seguros de salud.

Fuente: elaboración propia en base a la información disponible en Bolis (2001), OMS (2000) y OPS (varios años).

DEFINICIÓN DE LOS TIPOS DE SISTEMAS DE SALUD.²⁹

Sistema Público Integrado: servicio público con cobertura universal.

Sistema Segmentado: tres instituciones (ministerio de salud, seguridad social y sector privado), que integran cada una verticalmente las funciones de financiamiento y provisión, ofrecen servicio de salud a segmentos distintos de la población.

Sistema de Aseguramiento Mixto Regulado: Las funciones de financiamiento y provisión son realizadas por agentes distintos, el sector público regula el sistema. El sector público, el sector privado y el sistema de seguridad social brindan servicios de salud a segmentos distintos de la población.

Sistema Único de Salud (o Sistema de Contrato Público): financiamiento público y provisión privada. El financiamiento público podría tener cobertura universal.

²⁹ La tipología de los modelos de sistemas de salud en ALC corresponde a Londoño y Frenk (1997). La clasificación de países según tipo de sistema fue actualizada en base a Bolis (2001).

Segundo desafío: la portabilidad de los seguros de salud³⁰

El movimiento de consumidores de servicios de salud (modo 2 del AGCS) es uno de los modos de intercambio de mayor relevancia económica y en el cual los países en desarrollo tienen un gran potencial de exportación de servicios de salud. Las ventajas comparativas de estos países respecto a los países desarrollados están, básicamente, en que brindan servicios de calidad comparable a precios inferiores (ello es relevante para los pacientes cuando el servicio no está cubierto por su seguro médico y para las instituciones de salud preocupadas por reducir sus costos) y en el uso de técnicas de medicina alternativa o terapias “exóticas” que no se utilizan en su país de origen.³¹ También son ventajas comparativas, en algunos casos, los recursos naturales, el clima, las afinidades culturales y lingüísticas y la atención más oportuna (menores listas de espera). Al interior de los países en desarrollo, las ventajas entre ellos, además de las anteriormente expuestas, están dadas por la mejor calidad del servicio y la posibilidad de acceder a servicios que no están disponibles en el país de origen.

En el modo 2 de intercambio de servicios de salud es en el que más compromisos de liberalización total han firmado los países desarrollados y en desarrollo.³² Dicha liberalización debería implicar que los consumidores del país firmante no deberían tener limitaciones al acceso a los servicios de salud provistos en el extranjero.³³ En el caso de los servicios financiados con pagos de bolsillo la limitación podría estar en la movilidad de capitales, si el monto del servicio consumido es elevado. Para los servicios cubiertos por seguros de salud, la limitación estaría en la ausencia de cobertura para los servicios provistos en el extranjero.

La evidencia empírica demuestra que la no portabilidad de los seguros de salud (públicos y privados) es la principal limitación al acceso a los servicios provistos en el extranjero.³⁴ Por lo tanto, sería relevante para estos países estudiar cuáles son las razones que limitan la portabilidad de los seguros de salud. Expertos de la UNCTAD planteaban que la principal dificultad para hacer transferibles los seguros de salud reside en la falta de información entre el asegurador, el asegurado y el proveedor de atención sanitaria.³⁵ Butkeviciene y Díaz refiriéndose a la portabilidad de los seguros para el consumo de servicios de hospital proponen que previo a la discusión de la portabilidad de los seguros de salud hay que resolver el tema de la responsabilidad

³⁰ El término “portabilidad” se refiere a que los servicios provistos fuera del país formen parte de los servicios cubiertos por el seguro de salud nacional. Ello se resolvería a través del reembolso del costo incurrido por el beneficiario o a través del pago directo al proveedor de salud del otro país.

³¹ Dado que los costos sanitarios van en aumento, UNCTAD (1997a) plantea que las organizaciones sanitarias de los países desarrollados en un esfuerzo por mantener el control sobre sus costos podrían incluir en sus redes a instituciones sanitarias de países en desarrollo.

³² Adlung y Carzaniga (2001), página 357.

³³ Dado que “las limitaciones que se consignan en la lista de un Miembro con respecto al acceso a los mercados y al trato nacional para el modo 2 deben referirse únicamente a las medidas que afecten a los consumidores de ese Miembro, y no a las medidas que afecten a los consumidores de otro Miembro en el territorio del Miembro que aplica la limitación” (ver párrafo 31 de OMC, 2001a), la liberalización total significa la eliminación de esas restricciones.

³⁴ No se están considerando en este análisis los servicios de emergencia que están cubiertos, en general, por todos los seguros.

³⁵ UNCTAD (1997b), párrafo 15.

legal y el reconocimiento de la certificación de los establecimientos que proporcionarían la atención médica en el extranjero.³⁶ En el ámbito del MERCOSUR donde habría interés por hacer portables los seguros públicos de salud se ha planteado que la dificultad reside en la diferente estructura organizativa de los sistemas de salud en los distintos países del acuerdo regional. La idea era establecer un acuerdo entre los sistemas públicos de salud de los cuatro países, permitiendo a los ciudadanos de un país recibir atención sanitaria en otro país. Al final de cada año cada uno calcularía los costos en que incurrió por la atención a pacientes extranjeros y, si fuera necesario, solicitaría una compensación al sistema público del país de origen del paciente.³⁷

Algunas experiencias en la portabilidad de los seguros públicos y privados de salud

En la Unión Europea se ha intentado resolver el problema de la transferibilidad de los seguros estatales mediante un sistema que consiste en proporcionar prestaciones de salud en especie, según la legislación del país en el que reside o se encuentra un ciudadano de la UE, como si estuviera asegurado en dicho país. Dichas prestaciones pueden ser más o menos ventajosas que las proporcionadas por el país donde el ciudadano está realmente asegurado. Una vez proporcionado el servicio se presenta la factura al seguro de salud del país de origen. Las controversias que se han generado para evitar el pago del servicio por parte de las aseguradoras estatales han sido resueltas por el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas a favor de la libre movilidad de los consumidores y la portabilidad de los seguros.³⁸

Los países miembros de la UE han firmado acuerdos bilaterales con países no miembros para permitir la portabilidad parcial o total de los seguros públicos de salud. En base a esta experiencia, los expertos de la UNCTAD planteaban la posibilidad de elaborar un acuerdo general sobre la transferibilidad del seguro de salud.

En Estados Unidos se han hecho propuestas para expandir la cobertura del Medicare (el programa de seguro público para ancianos y discapacitados) al reembolsar la atención sanitaria recibida en el exterior.³⁹ A su vez, compañías privadas de seguros estadounidenses están desarrollando planes que incluyen la atención en México para reducir sus costos. Estos planes están especialmente dirigidos a la población de origen latino y consiste en brindarles 100% de cobertura si los servicios médicos son consumidos en México. En otros casos, organizaciones como las “health management organizations” y las “preferred provider organizations” están haciendo contactos directos con proveedores de salud mexicanos acordando precios fijos por servicio para incluirlos en sus planes de salud.

En Canadá el seguro de salud estatal brinda cobertura en el exterior pero por un período de tiempo determinado. Luego, según las circunstancias, puede tramitarse su extensión.

En países como Costa Rica, Egipto y Jordania puede autorizarse a los pacientes a recibir atención en el extranjero con cargo al sistema sanitario nacional, cuando dicho

³⁶ UNCTAD (1998), página 150.

³⁷ UNCTAD (1997a), nota al pie n°17 y UNCTAD-WHO (1998), Capítulo 11.

³⁸ OMC (1998a), Recuadro 2.

³⁹ WHO/DHD (2001), página 3.

sistema no esté en condiciones de proporcionar el tratamiento requerido, pero el procedimiento para obtener la autorización puede ser largo y engorroso.⁴⁰

En Chile, los planes habituales de salud de las ISAPREs (seguros privados) y el FONASA (seguro público) incluyen el traslado de sus pacientes a centros en el exterior, generalmente para diagnósticos o para algunos de los pocos tratamientos e intervenciones no realizables en el país. Los envían con un médico tratante y la parte más prolongada y costosa de los servicios son realizados en el país, para minimizar el costo total en el exterior.⁴¹

Expansión del modo 2 asociada al modo 3 de seguros de salud

Más allá de lo que los países hayan avanzado en términos de la portabilidad de los seguros de salud la realidad demuestra que en países como los de ALC el consumo en el extranjero se está dando con la expansión de la IED, principalmente, en seguros de salud. O sea, la liberalización del modo 3 está promoviendo la expansión del modo 2. Ello tiene como efecto negativo que sólo están accediendo al consumo de servicios en el extranjero aquellos que pertenecen a una aseguradora foránea o a una aseguradora nacional que firmó joint-ventures con aseguradoras de otros países.

Las aseguradoras que han ingresado a los países de ALC, principalmente de origen estadounidense, ofrecen en sus planes de salud de más alto nivel la atención en Estados Unidos o en cualquier otra parte del mundo.

En Brasil las aseguradoras extranjeras que ingresaron con la liberalización del mercado ofrecen a sus pacientes tratarse en EEUU porque la atención privada en ciudades como San Pablo es muy cara. Las tarifas de los mejores hospitales pueden llegar a ser superiores a la de los hospitales más famosos de EEUU. Por ejemplo, Amil International Health Corporation (una HMO con base en Miami) incluye en su red de instituciones de salud una serie de hospitales estadounidenses y ofrece a sus clientes brasileños la posibilidad de tratarse en EEUU cubriéndole gastos de traslado e intérprete. También Transmédico, otra compañía con base en Florida, ofrece ayuda a los pacientes brasileños para obtener tratamiento médico en EEUU. Se encarga de contactar a los doctores y hospitales adecuados y realiza los trámites burocráticos. En promedio se hace cargo de 1.000 pacientes por año.

En Chile, las ISAPREs han firmado joint-ventures con firmas estadounidenses para la salida de pacientes a EEUU. Es el caso, por ejemplo, de la ISAPRE Vida Tres con la Clínica Mayo de EEUU. A su vez, la propia Clínica Mayo de EEUU y Servimed de Cuba han establecido oficinas de representación en Chile para la venta de sus servicios en sus respectivos países.

Chile, a su vez, vende servicios a pacientes de países fronterizos, como Bolivia, a través de convenios entre sus clínicas de excelencia y centros proveedores bolivianos y también a través de aseguradoras instaladas en Chile y Bolivia con vínculos accionarios que ofrecen el reembolso de la atención que reciben pacientes bolivianos en los centros proveedores de sus socios en Chile.

⁴⁰ UNCTAD (1997a), párrafo 46.

⁴¹ León, F. (2000).

En el caso del MERCOSUR, las cooperativas privadas de salud de los cuatro países firmaron un acuerdo de intercambio de servicios que consiste en la provisión de atención sanitaria a pacientes afiliados a cualquiera de ellas que posean la Tarjeta Mercosur.

Por lo tanto, el hecho de que los seguros de salud no sean portables está haciendo el acceso menos equitativo para el segmento de la población que no goza del beneficio de una aseguradora privada que se lo ofrezca o de los recursos económicos para financiarse el costo del servicio en el exterior. O sea, la portabilidad de los seguros de salud es relevante tanto para desarrollar el potencial exportador de servicios de salud que tienen los países en desarrollo como para brindar un acceso más equitativo a los servicios que se prestan en el exterior a toda la población.

¿Quiénes han firmado compromisos de liberalización en el modo 2 en ALC?

Los países de ALC que firmaron compromisos de liberalización en el modo 2 de servicios médicos y odontológicos y/o de servicios hospitalarios son varios del CARICOM (Belice, Guyana, Jamaica, Trinidad y Tobago y Rep. Dominicana), Costa Rica y México. Sería relevante analizar en estos países en qué medida la portabilidad de los seguros de salud (públicos y privados) está resuelta y cuáles son sus limitaciones.

Los países del CARICOM desarrollan la provisión de los servicios de salud compartidos ("shared services") lo cual implica una cierta movilidad de consumidores al interior de la región. La duda sería, en ese caso, si existe libre movilidad de los consumidores al interior y hacia afuera del bloque regional.

En el caso de Costa Rica ya se mencionó que existe la posibilidad de transferir el seguro de salud a la atención recibida en el extranjero si dicho servicio no está disponible en el país. Si efectivamente se pretende liberalizar totalmente la salida de consumidores dicho condicionamiento podría requerirse que fuera removido. De todas formas, ya es importante avance que el seguro social cubra las atenciones recibidas en el exterior cuando no están disponibles en el país.

México consume servicios de salud principalmente en Estados Unidos. Existen estrategias empresariales que ofrecen la atención en dicho país pero no todos los seguros de salud (públicos y privados) son portables.

Por lo tanto, más allá de lo que los países hayan comprometido liberalizar en el modo 2 de intercambio de servicios de salud hay que resolver la instrumentación práctica de la portabilidad de los seguros de salud que es la principal restricción a dicho intercambio.

Los países desarrollados, ¿han liberalizado el modo 2 en servicios de salud?

Para que los países en desarrollo puedan explotar su potencial exportador es muy importante que los países desarrollados liberalicen el modo 2 en servicios de salud. Según los compromisos firmados en el AGCS, Estados Unidos liberalizó parcialmente el consumo en el extranjero de servicios de hospital, Canadá no firmó compromisos de

liberalización en servicios médicos y odontológicos ni en servicios de hospital y la Unión Europea firmó compromisos de liberalización total en ambos sectores de servicios de salud.

El compromiso que firma Estados Unidos en el modo 2 de servicios de hospital establece que “el reembolso por parte del gobierno federal o estatal de los gastos médicos está limitado a los establecimientos que hayan obtenido la licencia y certificado correspondientes en los Estados Unidos o en un Estado específico de los Estados Unidos”. Este país a pesar de ser uno de los más importantes exportadores de servicios de salud compra servicios en países donde la atención es sustancialmente más barata u ofrecen medicinas alternativas. Es común la atención de pacientes estadounidenses en hospitales de la India por cirugías de bypass y trasplante de órganos. Se conoce que el costo en la India de la cirugía de bypass es la tercera parte de lo que cuesta en EEUU y en otros procedimientos los costos en los países en desarrollo pueden llegar ser un décimo o un trigésimo de lo que cuesta en EEUU. México es un importante proveedor de servicios de salud a residentes estadounidenses. Como se mencionó anteriormente, Medicare cubre en su plan de seguro la atención recibida en el exterior y otras compañías privadas hacen lo mismo con servicios consumidos particularmente en México.

Canadá, como ya se mencionó anteriormente, a pesar que no firmó compromisos de liberalización en el AGCS su seguro de salud estatal es portable por un período de tiempo determinado.

Por otra parte, la Unión Europea, que firma compromisos de liberalización total en el AGCS, ha resuelto la portabilidad de los seguros estatales al interior de la UE pero con países no miembros sólo a través de convenios bilaterales.

Según David Warner, la portabilidad de los seguros de salud en los países de la OCDE tendría un impacto sustancial para los países en desarrollo. Considera que si sólo el 3% de los 100 millones de personas ancianas que viven en los países de la OCDE se fueran a vivir a los países en desarrollo (por ser su país de origen, por condiciones climáticas, etc.) trasladarían entre 10 y 15 mil millones de dólares en gastos médicos. Ello requeriría el desarrollo de una infraestructura administrativa que garantice la calidad del servicio y evite los fraudes; pero, en su opinión, no es muy difícil de lograr⁴².

Países con potencial exportador en ALC

Los países de ALC tienen potencial para ofrecer servicios de salud de muy buena calidad a menores costos que en los países desarrollados y también poseen ventajas en clima, afinidades lingüísticas, etc.. Hay varios países que por su clima y sus recursos naturales están orientando su estrategia a vender servicios de salud combinados con turismo.

Los tres países que se destacan por la eficacia de su sistema de salud (Chile, Costa Rica y Cuba) son importantes exportadores de servicios de salud y tienen estrategias claras para el desarrollo de dicho potencial.

⁴² UNCTAD-WHO (1998), Capítulo 5.

Chile vende servicios de salud a pacientes de ingresos altos y medios altos de Bolivia, Perú y, en menor medida, de Ecuador. En general, en estos países hay servicios que no están disponibles o son de mala calidad. En Bolivia es donde se ha originado el mayor flujo de pacientes y donde se han orientado los esfuerzos por captarlos de parte de las ISAPREs y los centros proveedores de salud nacionales. Las clínicas de excelencia chilenas tienen un gran potencial para brindar servicios de muy alta calidad ya que juegan un papel alternativo o complementario con los centros proveedores en EEUU. En algunos casos realizan toda la atención especializada en Chile y, en otros, combinan el diagnóstico en EEUU y el tratamiento en Chile. Chile está desarrollando también una estrategia para la venta de servicios al interior de la región del acuerdo MERCOSUR ampliado (con Chile y Bolivia) y las zonas fronterizas.⁴³

Costa Rica provee servicios médicos a pacientes de Estados Unidos, de otros países centroamericanos, del Caribe (Puerto Rico, Barbados y otros), de Colombia, Venezuela y España. Además, provee servicios odontológicos a pacientes de Estados Unidos, de Canadá, del Caribe y de otros países centroamericanos. Entre servicios médicos y odontológicos en 1994 se estimaban entre 3 y 5 pacientes extranjeros al mes. El área de cirugía plástica el número es mucho mayor ya que es el servicio de mayor relevancia. Algunos de los especialistas en esta rama de la medicina cuentan con oficinas de información y de consulta en Miami. En general, es competitivo en precios y en la calidad de sus servicios.⁴⁴

Cuba es competitivo en precios y calidad, pero también tiene una estrategia de diferenciación de sus servicios. Ofrece tratamientos que no existen en otros países y desarrolla nuevos procedimientos y medicinas. En algunos casos ofrece servicios gratuitos o subsidiados a pacientes extranjeros y también ha establecido acuerdos bilaterales con instituciones de seguridad social de los demás países de ALC. Se ha diferenciado también con su oferta de salud y turismo. Para ello el gobierno creó la empresa Servimed que ofrece en el exterior paquetes para viajar a Cuba con una oferta combinada de turismo y salud. También hay dos pequeñas agencias que ofrecen servicios de rehabilitación y convalecencia en balnearios y spas.⁴⁵

México es también un gran proveedor de servicios de salud a pacientes extranjeros. Es competitivo en precios y calidad de sus servicios, afinidades culturales y lingüísticas, medicinas alternativas y clima. Hay un importante intercambio de servicios en la zona fronteriza con Estados Unidos y, también, con Guatemala y Belice. En general, pacientes de ambas fronteras buscan servicios más baratos o atenderse en los hospitales públicos mexicanos. También existe afinidad lingüística con los inmigrantes de habla hispana que viven en Estados Unidos. Para los servicios que no están cubiertos en los seguros de salud (odontológicos, oftalmológicos, etc.) y de mayor especialización también existe demanda de residentes estadounidenses, canadienses, ingleses y de otros países latinoamericanos y caribeños. El uso de medicinas alternativas hace atractiva su oferta para pacientes terminales (con SIDA, cáncer, diabetes, etc.). Su clima es también foco de atracción para personas retiradas de otros países que desean residir en zonas más cálidas y para el desarrollo de servicios combinados de turismo y salud.

⁴³ León, F. (2000).

⁴⁴ Díaz y Hurtado (1994), Anexo: Costa Rica.

⁴⁵ Díaz y Hurtado (1994), Anexo: Cuba.

Colombia exporta servicios de salud vinculados con turismo (termales, spa, etc.) y servicios especializados que brindan clínicas privadas de alta reputación (como oftalmología, cardiología, trasplantes, cirugía plástica, etc.). También tiene un importante comercio en las zonas fronterizas con Venezuela y en el triángulo amazónico con Perú y Brasil, donde la infraestructura pública en salud es de gran importancia. En los hospitales públicos de las zonas fronterizas se recibe un importante número de pacientes extranjeros. Muchos de estos pacientes poseen baja capacidad de pago lo que resulta en una pérdida para la entidad correspondiente.⁴⁶

Los países del Caribe, en general, están interesados en explotar su oferta de servicios de salud vinculada con el turismo por sus condiciones climáticas y afinidades lingüísticas (en los países de habla inglesa). En Bahamas y Barbados ha crecido la venta de estos servicios en los últimos años. Con excepción de Cuba, estos países no se destacan por la venta de servicios curativos sino más bien en el área de la prevención y rehabilitación por adicciones (drogas y alcohol). Venden servicios destinados a jóvenes deportistas. También son competitivos en la venta de tratamientos de cirugía estética. Estos países, a través del CARICOM, están implementando iniciativas específicas para el fortalecimiento de sus sistemas de salud y el desarrollo de servicios compartidos ("shared services") con lo cual podrían llegar a tener una estrategia conjunta de exportación de los servicios de salud.⁴⁷

Los países del acuerdo MERCOSUR ampliado (con Chile y Bolivia) tienen interés en desarrollar la venta de servicios de salud a pacientes extranjeros, tanto al interior de la región como a los países limítrofes. En comparación, Argentina, Brasil, Chile y Uruguay están en una posición favorable para vender servicios de salud a Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú; por la escasez de servicios de cierta complejidad y modernidad en estos países.

Un primer paso en ese sentido lo constituiría la Tarjeta Mercosur mencionada anteriormente. El acuerdo firmado por cooperativas productoras de servicios de salud de los países miembros está específicamente focalizado en la promoción del consumo en el extranjero para pacientes de las áreas fronterizas de los países más pobres. Para cumplir con ese objetivo, se han realizado inversiones en las áreas fronterizas que consisten en la instalación de centros de salud y en la mejora de los lazos fronterizos (rutas y servicio de transporte). Hay también iniciativas para desarrollar los sistemas de los centros proveedores en los países más avanzados (Argentina y Chile) para focalizarse en servicios especializados como tratamientos para la tercera edad para pacientes de las áreas fronterizas de países como Bolivia y Paraguay. También hay potencial para desarrollar servicios de rehabilitación aprovechando los dotes naturales de algunos países de la subregión.⁴⁸

⁴⁶ Díaz y Hurtado (1994), Anexo: Colombia.

⁴⁷ La "Caribbean Cooperation in Health Initiative" tiene como propósito desarrollar los sistemas de salud a través de una creciente colaboración y promoción de la cooperación técnica entre los países del Caribe. En el marco de esta iniciativa, el Programa de Trabajo 13 del CARICOM seguiría enfocando su esfuerzo, durante el período 2001-2002, en el fortalecimiento de la capacidad en los niveles nacionales y regionales para realizar mejoras en la atención médica y el acceso a los servicios.

⁴⁸ Chanda (2001), páginas 67-68.

Otras consideraciones

En el caso de los países que decidan explotar su potencial de exportación habría que tener en cuenta el impacto negativo que prevén Adams y Kinnon sobre la equidad si la venta de servicios de salud a pacientes extranjeros promueve el desarrollo de un mercado dual. Para evitarlo consideran necesario instrumentar un marco regulatorio adecuado de dicha actividad. Si el mercado ya está segmentado se entiende que los beneficios de la promoción de las exportaciones no se distribuirían en toda la población. Los beneficios se refieren principalmente a la mejora de la calidad de los servicios para hacerlos atractivos y en los mayores ingresos generados con la venta de los servicios.

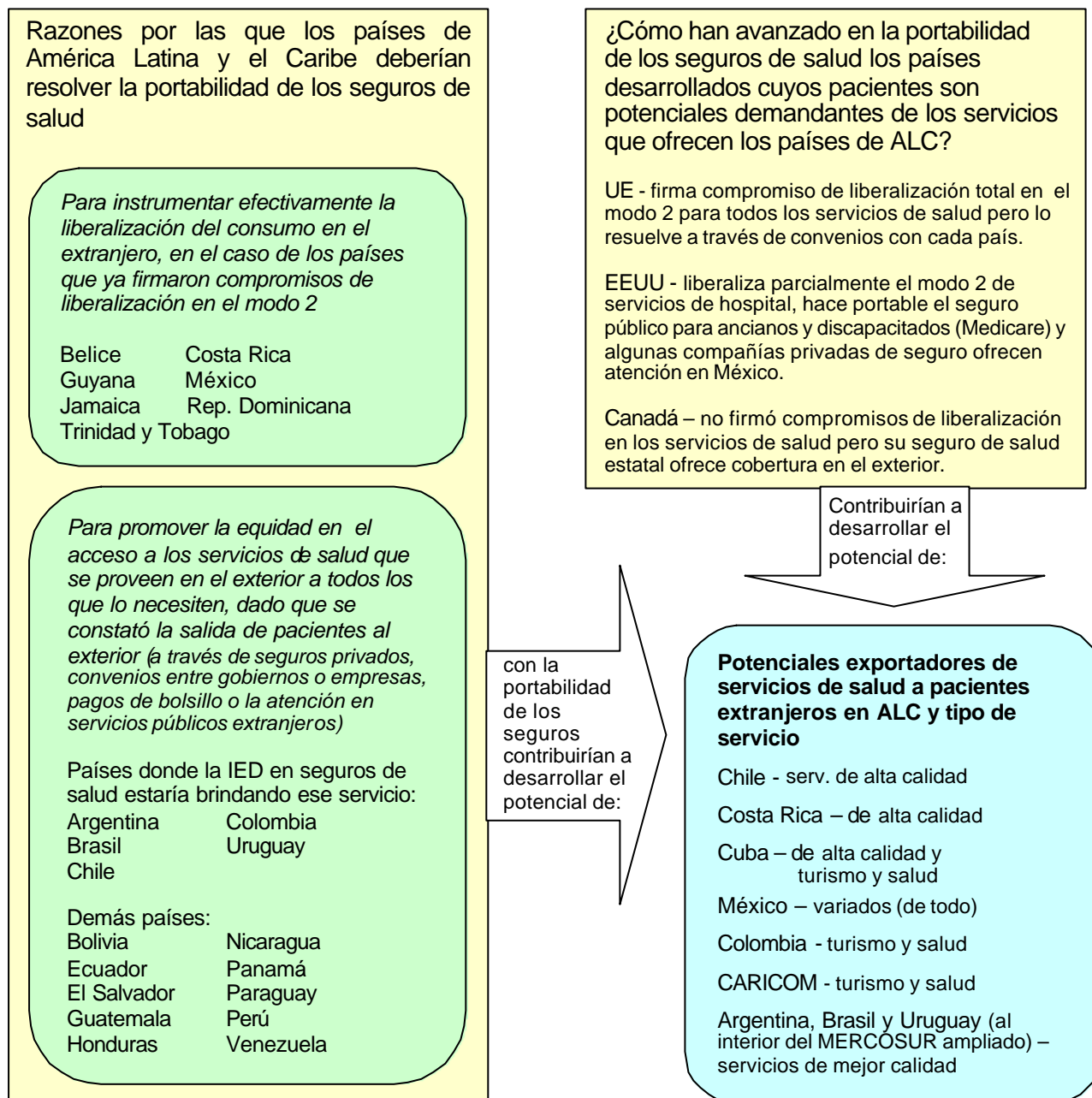
La salida de pacientes tendría como efecto negativo la fuga de divisas pero ello podría compensarse con la mejora en el nivel de salud de la población. Por ello algunos gobiernos desean mantener el control sobre el servicio que se iría a consumir al exterior. El tema es el criterio y el procedimiento que se utiliza para permitir el acceso al servicio de salud en el exterior. En principio, debería ser lo más justo y ágil posible dado que una de las dificultades que se mencionan para la asignación de estos gastos es el criterio para seleccionar en qué casos se da la autorización y el enlentecimiento de las autorizaciones funcionan como trabas al uso del sistema y, en consecuencia, a la movilidad de los pacientes.

Esquema-resumen

En el esquema que se presenta a continuación se intentan resumir, por un lado, cuáles son los países de ALC que por distintos motivos deberían enfrentar el desafío de hacer portables los seguros de salud. Por otro lado, se presenta el estado de avance de los países que para ALC son potenciales demandantes de sus servicios de salud en la atención a pacientes extranjeros. Por último, cuáles son los países que se podrían beneficiar con la venta de servicios de salud a pacientes extranjeros porque ya participan en la venta de dichos servicios o están apostando a hacerlo.

ESQUEMA 1

Países que podrían contribuir al desarrollo del potencial exportador de los países de ALC y países que podrían beneficiarse



Tercer desafío: regulación del ingreso de profesionales y compensación por la “fuga de cerebros”

El movimiento de profesionales genera riesgos y oportunidades para el sistema de salud que difieren según el punto de vista que se considere, el del país proveedor o receptor.

El país receptor del profesional se beneficia si es un recurso escaso y su demanda por dicho recurso calificado está insatisfecha. En ese caso el país estaría supliendo una necesidad con la ventaja de que no realizó ninguna inversión en la capacitación de dicho profesional. Para cualquier país sería más beneficioso importar el profesional, si cumple con las condiciones requeridas, que capacitarlo internamente. Por lo tanto, el ingreso de profesionales para el país que los necesita es beneficioso; el desafío es regular adecuadamente su ingreso para no correr el riesgo de ‘mala praxis’. En el caso particular de la salud, hay factores como la certificación de las habilidades del profesional y la responsabilidad ética que le compete frente a la legislación de cada país que dificultan su movilidad transfronteriza.

Desde el punto de vista del país proveedor de recursos humanos, hay que diferenciar la situación de un país para el cual dicho recurso es escaso de aquel que posee abundancia de dicho recurso humano. Es el caso de países como Jamaica y Cuba. Jamaica exporta profesionales de la salud (principalmente enfermeras) pero sufre del déficit de esos profesionales en su país.⁴⁹ O sea que invierte en la capacitación de los profesionales pero como no puede retenerlos en su país pierde la inversión realizada y tiene dificultades para brindar un buen servicio de salud. Por lo tanto, la exportación de profesionales le genera problemas en el acceso de la población a la atención sanitaria y en la calidad del servicio que brinda y también en la eficiencia del sistema por la pérdida de inversión.

Por otra parte, Cuba produce en exceso profesionales de la salud como parte de su estrategia de exportación de servicios de salud y de cooperación con los países necesitados. Dicha exportación es temporal y es administrada por entidades gubernamentales. La modalidad más utilizada ha sido la firma de acuerdos de solidaridad con países en desarrollo como países africanos y países latinoamericanos, como Nicaragua. En años recientes, se ha incrementado el uso del sistema de contratación donde la remuneración corre por cuenta del gobierno o entidad extranjera. Estos contratos se han realizado con países de Medio Oriente, como Libia, y se ha ampliado el mercado en América Latina en países como Belice, Ecuador, Venezuela, Brasil, Perú y Bolivia. Exporta principalmente médicos pero también enfermeras, odontólogos e ingenieros especializados en equipo médico.⁵⁰ Por lo tanto, Cuba exporta profesionales sin erosionar la atención médica en su país. No pierde la inversión realizada en capacitación porque la salida del profesional es temporal y dicha exportación forma parte de una estrategia gubernamental de cooperación internacional (con los acuerdos de solidaridad) y de generación de divisas (con los contratos).

⁴⁹ Según información para el año 1995 el 50% de los puestos para enfermeras diplomadas y el 30% de los puestos para parteras estaba vacante.(OMC, 1998a: párrafo 26)

⁵⁰ Chanda (2001), pág. 34-35 y Díaz y Hurtado (1994).

En general, el beneficio que se avizora de la exportación de profesionales es el ingreso de remesas. Para algunos países dicho ingreso de divisas es importante para la economía en su conjunto pero está dirigido al sector privado (las familias). Por lo tanto, la pérdida de inversión en capacitación realizada generalmente por el sector público y el deterioro en la provisión del servicio de salud que genera el déficit de profesionales no son compensados por dichas remesas. En estos casos, el desafío sería implementar un mecanismo de compensación de la inversión realizada por el país proveedor.

El AGCS lo que busca regular es el ingreso de personas físicas a un país y sólo cuando dicho ingreso es temporal.⁵¹ En el caso de los profesionales de la salud (médicos, odontólogos, enfermeras, etc.) lo que los gobiernos establecen cuando firman un compromiso de liberalización en el modo 4 de suministro son las restricciones discriminatorias que existen en su país para el ingreso de un profesional extranjero. Lo que busca el acuerdo multilateral es hacer más transparente las condiciones de ingreso a cada país e ir eliminando progresivamente las restricciones discriminatorias que existan. O sea que a través del AGCS los países avanzarían en la regulación del ingreso de los profesionales tanto para los países que necesitan importar profesionales como para los que desean que sus profesionales puedan ingresar temporalmente a otro país para vender sus servicios y/o perfeccionar sus conocimientos. Pero dicho acuerdo no contempla la necesidad de que los países que exportan profesionales y sufren el déficit de los mismos reciban una compensación por la inversión realizada en capacitación y existan mecanismos para controlar las técnicas de reclutamiento que utilizan gobiernos y empresas de otros países.

Por lo tanto, uno de los principales riesgos que sufre el sistema de salud con la movilidad de los profesionales que es su salida del sistema no es controlable, en términos de las negociaciones comerciales, por el país afectado ya que dicha movilidad va a depender de las decisiones de liberalización al ingreso de esos profesionales que hayan adoptado otros países.

Al respecto lo que la OMC resalta es que la liberalización del movimiento temporal de profesionales podría desestimular la salida permanente del profesional que genera mayores inconvenientes para el sistema de salud del país proveedor. La salida permanente o “fuga de cerebros” genera una pérdida definitiva de la inversión realizada en capacitación y de los recursos disponibles en el país mientras que en la salida temporal hay que compensar la pérdida temporal de capacidades y de inversión con la experiencia y los conocimientos adquiridos en el exterior por el profesional y que estarán disponibles en el país a su regreso. A ello se suma que el ingreso de remesas cuando el movimiento es temporal es superior, según estudios empíricos, al que se verifica cuando el movimiento es permanente.⁵² Por ello se considera que el movimiento temporal, desde el punto de vista del país proveedor, es menos nocivo o más beneficioso para el sistema de salud que el movimiento permanente y, en ese sentido, el AGCS podría estar colaborando en reducir el impacto negativo que genera la salida de profesionales. Ello es relativo ya que dependerá de los motivos que estimulan la emigración permanente en cada país y podría darse que la emigración temporal fuera

⁵¹ El Anexo sobre Movimiento de Personas Físicas Proveedoras de Servicios en el marco del AGCS establece en el párrafo 2 que “el Acuerdo no será aplicable a las medidas que afecten a personas físicas que traten de acceder al mercado de trabajo de un Miembro ni a las medidas en materia de ciudadanía, residencia o empleo con carácter permanente”.

⁵² OMC (1998b), párrafo 15.

un estímulo a la emigración permanente o que la emigración temporal se transforme en una corriente persistente de emigración temporal lo que termina generando los mismos efectos sobre el sistema de salud que la emigración permanente.

Desde el punto de vista del país receptor, la dificultad con ambos tipos de movimientos es cómo regular su ingreso. Puede ser más difícil resolver el tema de la certificación de las habilidades del profesional y de su responsabilidad ética cuando se trata de movimientos temporales justamente por el ingrediente de inestabilidad que incorpora el hecho de que el profesional ingrese temporalmente al país.

¿Qué compromisos de liberalización se firmaron en el modo 4 del AGCS?

Los compromisos firmados hasta el momento en el modo 4 del AGCS se consideran muy restrictivos. No existen compromisos de liberalización total.⁵³ Quienes firmaron compromisos en este modo de suministro lo hicieron en forma parcial. Ello significa que existen restricciones discriminatorias al ingreso de profesionales en los países que firmaron compromisos en el modo 4 de los servicios de salud.

En la mayoría de los casos, dichas restricciones son las mismas que se establecen para el ingreso de cualquier profesional porque han sido establecidas en los compromisos horizontales. Los compromisos horizontales se firman por modo de suministro, no por sector, y se establecen al inicio de la lista de compromisos que firma cada país, previo a la lista de compromisos sectoriales. Esos compromisos horizontales son aplicables a todos los sectores de servicios consignados en listas, salvo que en el compromiso sectorial se explicita otra cosa.⁵⁴ Por lo tanto, los compromisos horizontales están expresados en forma genérica porque en el caso del modo 4 está abarcando a cualquier persona física que desee ingresar a trabajar en cualquier actividad.

Una primer restricción que se establece, en general, en los compromisos horizontales para el modo 4 es la definición de determinadas categorías de ocupación para las cuales se consolida el compromiso de liberalización parcial. Se trata básicamente de cuatro categorías de personal; ellas son: personas en viaje de negocios (su estancia es corta y, en general, no reciben remuneración en el país anfitrión); personal trasladado al interior de una empresa (cuando existe inversión de la empresa en el país anfitrión); personal destinado a crear una presencia con miras a un futuro establecimiento; y personal de ocupaciones especializadas. En esta última categoría es que se prevé el ingreso de profesionales de la salud.

Luego las restricciones se refieren a: requisitos de nacionalidad y residencia, pruebas de necesidad económica, regímenes de licencias y reconocimiento de calificaciones, entre otras.⁵⁵

También hay restricciones que surgen de las exenciones que firmaron algunos países al artículo II (NMF) del AGCS que prevé que todos los proveedores extranjeros obtengan

⁵³ Adlung y Carzaniga (2001), pág. 357-358.

⁵⁴ OMC (2001a), párrafo 36.

⁵⁵ La prueba de necesidad económica (PNE) condiciona la entrada temporal a que ningún residente/nacional del país receptor esté disponible y capacitado para llevar a cabo la misma tarea. (UNCTAD, 1997a: párrafo 29)

un trato similar. La principal restricción por esta vía es que algunos países condicionan el ingreso del profesional a que se garantice un trato recíproco por parte del país proveedor.

Interesa analizar las limitaciones que han establecido los países de ALC al ingreso temporal de profesionales de la salud (médicos y odontólogos; y/o enfermeras, parteras, fisioterapeutas y personal paramédico) para conocer cuáles son las restricciones que existen, por lo menos, en los países que firmaron compromisos.

Los países de ALC que liberalizaron parcialmente el ingreso de médicos y odontólogos son: casi todos los países del Caribe (Barbados, Belice, Guyana, Jamaica, Trinidad y Tobago y República Dominicana); Costa Rica y México. Como se observa en los cuadros 1 y 2, son los mismos países que liberalizan el resto de los modos de suministro de este subsector de la salud.

Hay que aclarar que en los casos de: Barbados, Belice, Jamaica y Trinidad y Tobago; no se firmó compromisos en la totalidad del sector Servicios médicos y odontológicos sino que se consideró sólo algún subsector del mismo. Barbados firmó sólo en servicios médicos especializados, o sea, que no incluye los servicios médicos generales ni los odontológicos. Belice firmó en Servicios médicos generales y Neurocirugía, o sea, que no incluyó a los demás servicios médicos especializados ni a los servicios odontológicos. Jamaica firmó sólo en servicios médicos y dejó fuera los odontológicos. Trinidad y Tobago consideró sólo los servicios dentales y dejó fuera los servicios médicos.⁵⁶

Las limitaciones al ingreso de profesionales en estos servicios (médicos y/o odontológicos, según el caso) están establecidas en los compromisos horizontales, con excepción de Costa Rica y República Dominicana que definen limitaciones específicas para el sector en los “Compromisos específicos por sector”.

Respecto a la liberalización del ingreso para ciertas categorías de ocupación, sólo cuatro de los ocho países imponen este tipo de restricción. Ellos son: Belice, Guyana, México y Trinidad y Tobago. De ellos, México es el más restrictivo porque permite el ingreso sólo a: encargados de la venta de un servicio (representantes de una empresa que desean vender o negociar la venta de un servicio siempre que no vendan en forma directa el servicio al público), y a las personas transferidas al interior de una empresa (sólo si son ejecutivos, gerentes o especialistas).

Belice y Guyana restringen el ingreso a personal directivo y especializado (llamado también expertos técnicos), pero sin el requisito de que deben estar asociados a una presencia comercial extranjera.

Trinidad y Tobago en su compromiso horizontal para el modo 4 especifica que los contratos de trabajo con personas físicas extranjeras se realizarán solamente en las categorías de directores, administradores, ejecutivos, especialistas y expertos. En los casos en que no se requiere un contrato de trabajo para ejercer la profesión, como

⁵⁶ En el caso de Trinidad y Tobago hay que aclarar que hay una imprecisión en su lista porque define “Servicios dentales” pero en vez de anotar el código CCP correspondiente que es el 93123 anota 9312 que incluye además de los servicios dentales a los servicios médicos generales y especializados.

podría ser el caso de los odontólogos, no habrían limitaciones a su ingreso ya que el compromiso específico firmado por Trinidad y Tobago para dichos profesionales dice “ninguna (limitación), sólo registro y certificación”. Esa mayor liberalización para el ingreso de estos profesionales se debe a que los odontólogos son un recurso escaso en dicho país.⁵⁷

Otras restricciones que establecen estos países son: poseer permiso de trabajo, que no haya trabajadores de ese tipo disponibles en el mercado local (la prueba de necesidad económica), requisitos de nacionalidad y residencia y que exista reciprocidad por parte el país de origen del profesional.

La prueba de necesidad económica (PNE) es la más utilizada por estos países. Barbados, Belice, Costa Rica, Guyana y Jamaica establecen dicha restricción pero simplemente mencionando, en el mejor de los casos, que la misma se limita a la inexistencia de personal local que pueda realizar dicha tarea. En ningún caso especifican cómo se realizaría la prueba lo que puede interpretarse como el mantenimiento de un mecanismo discrecional para definir el ingreso de los profesionales.⁵⁸

Costa Rica es el país que utiliza la mayor variedad de estos mecanismos (ver Cuadro 4). Exige que no hayan profesionales disponibles en el país, que posea nacionalidad y residencia y que exista acuerdo de reciprocidad con el país de origen de la persona que desea ingresar. En su caso, firmó una exención a las obligaciones del artículo II (Trato de Nación Más Favorecida -NMF) para exceptuar a los países del MCCA (El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua) del requisito de nacionalidad y residencia. Con estos países debe existir además tratado de reciprocidad, por lo cual, la restricción para los profesionales provenientes de los socios del acuerdo regional sería sólo la prueba de necesidad económica.

Por otra parte, Trinidad y Tobago parecería el menos restrictivo porque para profesionales no contratados o los que poseen un contrato de trabajo por un período inferior a 30 días no impone ninguna limitación. En caso que el contrato sea por un período más amplio la restricción es la presentación del permiso de trabajo.

⁵⁷ Presentación de Anthony Gonzáles en el Taller “Latin American and Caribbean countries and trade in health services: research priorities in addressing emerging policy challenges”, organizado por IDRC, en Montevideo, los días 24-25 de abril de 2002.

⁵⁸ En OMC (2001a) se especifica que cuando se define una PNE deben indicarse los criterios en los que se basa la prueba del modo más preciso posible. Una de las críticas que realiza la delegación de la Unión Europea ante la OMC es en ese sentido. Plantean que “toda prueba del mercado laboral no especificada equivale en esencia a un compromiso no consolidado”. OMC (2001b)

CUADRO 4
Clasificación de las restricciones que imponen los países de ALC que firmaron
compromisos de liberalización en el modo 4 de servicios médicos y
odontológicos (CCP 9312)

| PAISES | TIPO DE RESTRICCION | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|---|-------------------------------|--|-----------------|
| | Categoría de trabajo | | Permiso de trabajo | Prueba de Necesidad Económica | Requisito de nacionalidad y residencia | Trato recíproco |
| | directivos y especialistas | Otras | | | | |
| Barbados (Serv. médicos especializados) | | | X | X | | |
| Belice (Serv. médicos generales y Neurocirugía) | X | | | X | | |
| Costa Rica | | | | X | X (excepto para países MCCA) | X |
| Guyana | X | | | X | | |
| Jamaica (Servicios médicos) | | | X (excepto para cargos superiores por 30 días y expertos por 14 días y para quienes provienen de países del CARICOM) | X | | |
| México | X asociados a presencia comercial | Encargado de venta de una empresa extranjera | | | | |
| Rep. Dominicana | | | X | | | X |
| Trinidad y Tobago (Servicios dentales) | X (para contratos de trabajo) | | X si contrato superior a 30 días | | | |

Fuente: elaborado en base a las Listas de Compromisos Específicos y las Listas de Exenciones al artículo II (NMF) que firmó cada país ante la OMC.

En general, se menciona el tema de la registración del profesional pero ello no sería una restricción discriminatoria porque se exige lo mismo para el profesional local. Barbados explicita que todas las personas que ejerzan la medicina deben inscribirse en la Ley de Registro Médico. Costa Rica exige la incorporación al Colegio Profesional. Jamaica prevé que para algunas profesiones (dado que se establece en el compromiso horizontal) es requisito imprescindible poseer una licencia para el ejercicio de la profesión. En la Rep. Dominicana se establece que el profesional debe someterse a los reglamentos de la Asociación Médica Dominicana (AMD). En Trinidad y Tobago se explicita la necesidad de registro y certificación en el ejercicio de la profesión odontológica. Sólo en Belice, Guyana y México no se hace mención al respecto pero ello no implica que no se apliquen los mismos requisitos que para cualquier profesional

local. En términos estrictos, el AGCS exige que se explicita el trato que discrimina al profesional extranjero del local, si el trato es igualitario no es necesario explicitarlo.

Para el ingreso de enfermeras, parteras, fisioterapeutas y personal paramédico, sólo Jamaica y México firmaron compromisos de liberalización parcial. En ambos casos, las restricciones al ingreso son las mismas que las establecidas a los médicos y odontólogos ya que fueron establecidas en los compromisos horizontales.

En el caso de México, la restricción es respecto a la categoría de ocupación del trabajador, asociado a una presencia comercial o un representante de ventas de una empresa extranjera que no venda servicios en forma directa al público.

En Jamaica la restricción es la comprobación previa de que es necesario el ingreso de ese profesional porque no hay disponibles en el país y poseer un permiso de trabajo. De este último requisito están exentos los profesionales provenientes de cualquier país del CARICOM y los altos directivos o ejecutivos por un período de 30 días y los expertos técnicos y especialistas por 14 días.

La República Dominicana, por su parte, establece en su lista de exenciones al artículo II (NMF) que permite el ejercicio profesional de dentistas, fisioterapeutas, médicos, paramédicos y enfermeras provenientes de cualquier país en base a reciprocidad.

Se analizaron también las restricciones que establecieron en el modo 4 quienes firmaron compromisos de liberalización en el modo 3 de servicios hospitalarios dado que dichos servicios incluyen, según la definición del código 9311 de la CCP, los servicios médicos en general prestados a pacientes internos. Algunos países son los mismos que firman compromisos en el modo 4 de servicios médicos y odontológicos (Jamaica, México y Rep. Dominicana) y los otros son: Bolivia, Ecuador, Panamá y Estados Unidos.⁵⁹

Interesa observar en estos casos qué restricciones se imponen al ingreso de personal asociado a la inversión en hospital. Al respecto los más restrictivos son Bolivia y Ecuador que establecen tope máximos de personal extranjero que puede emplearse. En el caso de Bolivia es de 15% del total y en Ecuador puede ser de 10% en las categorías inferiores que ellos denominan “trabajadores ordinarios” y de 20% en el personal calificado o especialistas. Para Ecuador estos tope rigen en las empresas de más de 10 empleados.

En Bolivia se restringe el ingreso a gerentes, ejecutivos y especialistas asociados a una presencia comercial y otorga permiso de permanencia por 1 y 2 años. En Ecuador las categorías de ocupación habilitadas para el ingreso de personal son: gerente, administrador, representante legal y especialista.

Panamá establece en su compromiso horizontal que no consolida compromiso “para los servicios profesionales intrínsecos o relacionados a los sectores incluidos en la lista de

⁵⁹ No hay países que hayan firmado compromisos de liberalización sólo en el modo 4 de servicios hospitalarios. Todos los que firmaron compromisos de liberalización en dicho modo es porque lo hicieron en el modo 3. La única excepción es Trinidad y Tobago pero como el compromiso que firma es el mismo que para los odontólogos no se consideró relevante incluirlo en este análisis.

Compromisos Específicos, fuera de los especificados en la sección 1.A Servicios Profesionales”. Por lo tanto, Panamá no consolidó un compromiso de liberalización en el modo 4 de servicios hospitalarios. Pero sí establece en su lista de exenciones al artículo II (NMF) que dará un trato preferencial a los proveedores de servicios de diversa naturaleza que provengan de Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica y Honduras, o sea, los países del MCCA.

La República Dominicana prevé que el personal superior y especializado que ingrese asociado a una presencia comercial “deberá contribuir a la capacitación de personal dominicano en las respectivas especialidades”.

Estados Unidos, por su parte, define a través de un compromiso horizontal categorías de ocupación en las cuales puede ingresar temporalmente personal extranjero y los períodos de estancia permitidos. Ellas son: vendedores de servicios que no vendan dicho servicio directamente al público y el vendedor tampoco se ocupe del suministro del servicio (plazo máximo de estadía: 90 días); gerentes, ejecutivos y especialistas trasladados al interior de una empresa (plazo máximo: 3 años que pueden prorrogarse por 2 más); personal encargado del establecimiento; y profesiones especializadas (plazo máximo: 3 años). Los profesionales de la salud estarían contemplados en la categoría especialistas o profesiones especializadas.

Lo distintivo del compromiso horizontal que firma EEUU son los requisitos que establece en materia de condiciones laborales. Ellos incluyen cuestiones relativas al nivel salarial, no puede ser inferior al de otro empleado con iguales características ni al salario vigente para esa categoría de trabajo en el mercado laboral; al mantenimiento de las condiciones de trabajo de otras personas con empleo similar; al estado de las relaciones laborales, no puede existir una situación de conflicto laboral ni haber despedido o desplazado a ningún trabajador de la profesión de que se trate en los seis meses anteriores ni durante los 90 días siguientes a la presentación de la solicitud; se deben haber tomado las medidas necesarias para contratar y conservar a suficientes trabajadores estadounidenses en dicha profesión; y el hecho debe ser comunicado con anterioridad a los empleados o sus representantes.

En Estados Unidos la asociación de profesionales (American Medical Association) ha jugado un papel importante en la restricción al ingreso de profesionales extranjeros en los sectores donde existe sobreoferta interna con el fin de mitigar la competencia en precios. Su papel también ha sido preservar las normas y la calidad en la provisión del servicio.

En general, las asociaciones de profesionales en el sector de la salud son un actor relevante en la regulación del ingreso de profesionales extranjeros y participan activamente en las negociaciones que llevan adelante los acuerdos de integración.

Cuestiones vinculadas a la concesión de licencias y el reconocimiento de las calificaciones

Según la nota explicativa de la OMC sobre el movimiento de personas físicas, pueden existir restricciones adicionales a las enumeradas anteriormente para el ingreso de profesionales extranjeros que tienen que ver con los sistemas de tramitación de licencias y de calificación. Al respecto aclara que si con la concesión de la licencia se

persigue aplicar restricciones que afectan al acceso a los mercados y al trato nacional, habría que consignar esas restricciones en las listas. En cambio, si los sistemas de concesión de licencias son incompatibles con el artículo VI del AGCS, por ejemplo, por ser innecesariamente gravosos, habría que modificarlos.⁶⁰

El AGCS establece en el artículo VI que para garantizar que las medidas relativas a las prescripciones y procedimientos en materia de títulos de aptitud y las prescripciones en materia de licencias no se constituyan en obstáculos innecesarios al comercio elaborará las disciplinas necesarias. Dichas disciplinas tendrían la finalidad de garantizar que esas prescripciones se basen en criterios objetivos y transparentes, no sean más gravosas de lo necesario para asegurar la calidad del servicio y, en el caso de los procedimientos en materia de licencias, no constituyan de por sí una restricción al suministro del servicio.⁶¹ Respecto a los servicios profesionales, agrega en otro apartado que cada Miembro establecerá procedimientos adecuados para verificar la competencia de los profesionales de otros Miembros.

Se prevé también la posibilidad de que los países miembros pueden reconocer la educación o experiencia obtenidas, los requisitos cumplidos o las licencias o certificados otorgados en un determinado país. Ese reconocimiento, que puede efectuarse mediante armonización o de otro modo, puede basarse en un acuerdo o convenio con el país en cuestión o puede ser otorgado de forma autónoma. (Artículo VII del AGCS)

En el análisis presentado anteriormente sobre los compromisos horizontales y específicos firmados por los países de ALC en el modo 4 de los servicios profesionales del sector salud no se constató que estos países establecieran restricciones al ingreso (acceso al mercado y trato nacional) vinculadas al reconocimiento de las calificaciones y la concesión de licencias.

Los expertos de la UNCTAD en la reunión de junio de 1997 planteaban que la concesión de licencias y el reconocimiento de las calificaciones era uno de los obstáculos más restrictivos a la movilidad de profesionales de la salud junto con la reglamentación en materia de visado y los requisitos de nacionalidad y residencia. Para resolverlo recomendaron “fomentar la equiparación de títulos entre países, la armonización de las normas de acreditación y el reconocimiento mutuo de las calificaciones con ayuda de las asociaciones de profesionales y las agrupaciones regionales y subregionales. También las oficinas regionales de la OMS podían contribuir a facilitar el proceso. En el plano multilateral plantearon que el fomento de la transparencia de las normas y los requisitos en materia de calificaciones profesionales, así como la elaboración de normas generales basadas en los conocimientos científicos, eran fundamentales para facilitar la circulación de proveedores de servicios. Señalaron que en el marco del AGCS y en las negociaciones sobre el artículo VI los países podían participar o tratar de influir en la aprobación de disposiciones que faciliten la concesión de licencias y el reconocimiento de las calificaciones profesionales.⁶²

⁶⁰ OMC (1998b), párrafos 33-34.

⁶¹ A diciembre de 1998, los países miembros habían acordado las disciplinas para el sector de la contabilidad. Desde entonces se han ocupado de la elaboración de disciplinas generales para todos los servicios profesionales y, en caso necesario, de disciplinas sectoriales adicionales. Todas las disciplinas acordadas formarán parte integrante del AGCS y serán jurídicamente vinculantes cuando concluyan las actuales negociaciones sobre servicios.

⁶² UNCTAD (1997b), párrafos 11-13.

En los procesos de integración regional que intentan resolver el problema de la acreditación de títulos y concesión de licencias para liberalizar el movimiento de profesionales en el sector salud se proponen dos mecanismos posibles: la armonización o el reconocimiento mutuo.

La Unión Europea procedió a través del reconocimiento mutuo de los títulos de aptitud profesionales para garantizar el libre movimiento de médicos y enfermeras. Existe un sistema general para la equivalencia de los diplomas universitarios que se basa en el principio de la confianza mutua y la comparabilidad de los niveles de formación. Sin embargo, cuando existen diferencias significativas entre los estudios académicos, el Estado miembro hospedante está autorizado a exigir una equiparación a través de pruebas suplementarias y un período de adaptación. En caso que el profesional nacional de un país miembro de la UE haya obtenido su calificación en un tercer país no miembro se aplica la norma general que establece que una persona que tenga derecho a ejercer la profesión en el Estado miembro de origen, tendrá igualmente derecho a que se reconozca su título para ejercer la misma profesión en el Estado hospedante. La limitada movilidad al interior de la UE se considera principalmente consecuencia de las diferencias de idioma entre países.⁶³

El proceso de armonización de títulos se está llevando a cabo en el MERCOSUR. Los cuatro países tuvieron que definir, primero, un glosario de términos comunes respecto a servicios de salud. Debieron determinar cuáles serían las especialidades médicas comunes a los cuatro países. Dada la diferencia en la cantidad de especialidades que existen en cada país (entre 60 y 70 en Argentina y Brasil, 48 en Uruguay y 29 en Paraguay) se propusieron reconocer la existencia de 29 especialidades médicas básicas. Acordaron también que existiría una registración nacional única por país ya que en Argentina y Brasil este proceso está descentralizado en las provincias o estados respectivamente. En noviembre de 2001 se propone la creación de una comisión evaluadora para armonizar la formación de las especialidades médicas. Luego se trataría el tema para las enfermeras y los odontólogos.⁶⁴

En el TLCAN, se procede a la armonización de las normas en materia de enseñanza y certificación para las enfermeras. La Iniciativa Trilateral para la Enfermería en América del Norte que se implementa en 1994 ha trabajado en la armonización de los estándares para el licenciamiento y certificación de las enfermeras en los tres países. Representantes de las organizaciones de enfermeras, de los gobiernos y otras identificaron similitudes y diferencias en la capacitación, estándares y prácticas de las enfermeras y redactaron las recomendaciones para el desarrollo de criterios mutuamente aceptables para su licenciamiento y certificación.⁶⁵

En el CARICOM también se optó por la armonización de los cursos y exámenes de graduación de las enfermeras. La equivalencia es tal que una enfermera puede continuar sus estudios en cualquier país de la Comunidad. Al final dan todas el mismo examen de graduación. Ello asegura la libre movilidad de estas profesionales al interior de la región. A nivel de médicos, existe un registro común para todos los países y un

⁶³ OMC (1998a) y UNCTAD (1997a).

⁶⁴ Presentación del Dr. Luiz Sobania en el Taller "Latin American and Caribbean countries...", organizado por IDRC, en Montevideo, los días 24-25 de abril de 2002.

⁶⁵ UNCTAD-WHO (1998), capítulo 8.

código regional sobre práctica médica que facilita su movilidad al interior de la región. En casi todos los países del acuerdo existen leyes nacionales que garantizan la libre movilidad de profesionales en general.

Luego están los países que adoptan estrategias unilaterales de exoneración de requisitos para el ingreso de un determinado profesional cuando sufre el déficit de dicho profesional y desea reclutarlo en el exterior. Es el caso por ejemplo de Estados Unidos que ha promovido el ingreso de enfermeras a través del otorgamiento de visas especiales que permiten el ingreso al país por un período de tiempo limitado sin la necesidad de obtener la certificación del Departamento de Trabajo de Estados Unidos. Desde 1989 se han ido sucediendo distintos tipos de visas ampliando el espectro a cualquier tipo de proveedor de salud que haya obtenido el grado de Bachiller. Se llegaron a otorgar 500 visas a enfermeras por año y desde 1994 los departamentos de salud pública de los Estados tienen la posibilidad de contratar hasta 20 médicos por año para cubrir áreas con escaso personal. También otorga visas especiales para enfermeras y médicos provenientes de Canadá a través del acuerdo comercial firmado en 1989 y para profesionales altamente calificados de Canadá y México a través del TLCAN.⁶⁶

Relación entre los compromisos firmados en el AGCS y la disponibilidad de médicos y enfermeras

Como se observa en el Cuadro 5.a, varios países que podrían necesitar médicos no firman compromisos de liberalización pero tampoco lo hacen Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido que son ampliamente conocidos por su estrategia de reclutamiento de este tipo de profesionales en el extranjero.

Los países que se encuentran en peor situación en cuanto a su disponibilidad de médicos son Haití y Guyana, cuyo ratio médico por habitante se encuentra por debajo del nivel que se propuso la OMS como objetivo para el año 2000 (un médico cada 5.000 habitantes), y sufren el éxodo de dichos profesionales.

Para las enfermeras la situación general de la región ALC es peor que para los médicos ya que una mayor cantidad de países está por debajo de la meta que se propuso la OMS para el año 2000 (una enfermera cada 1.000 habitantes) y como se observa en el Cuadro 5.b los países tradicionalmente importadores (Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido) poseen ratios muy superiores.

A su vez, los compromisos de liberalización firmados para el ingreso de enfermeras extranjeras son muchos menos y nuevamente los países desarrollados no firman compromisos de liberalización. Ello fundamenta aún más la hipótesis de que los países desarrollados han mantenido una actitud más cautelosa en la firma de compromisos de liberalización en servicios de salud en el AGCS.

Según información del Consejo Internacional de Enfermeras, Estados Unidos recluta enfermeras de los distintos continentes. En ALC de Argentina, Chile, Colombia, Jamaica, México, Panamá y Trinidad y Tobago.⁶⁷ Además, importa médicos de

⁶⁶ El caso de Estados Unidos está basado en Chanda (2001).

⁶⁷ UNCTAD-WHO (1998), Capítulo 8.

medicina general de la India, Filipinas y Jamaica y médicos especialistas del Reino Unido y Canadá. Canadá y el Reino Unido importan médicos y enfermeras de los países caribeños (como Jamaica), africanos, asiáticos y, en el caso del Reino Unido, también europeos.

Jamaica es un caso típico de país que exporta e importa médicos y enfermeras. Las enfermeras las exporta a Estados Unidos y Canadá y las importa de Ghana, Nigeria y Myanmar. Los médicos los exporta a EEUU, Canadá y Reino Unido y los importa de la India, Birmania, otros países del Caribe y Guyana.⁶⁸ Jamaica, por lo tanto, que sufre el déficit de médicos y enfermeras firma compromisos de liberalización para el ingreso de médicos y enfermeras extranjeros.

Guyana sólo firma compromisos de liberalización para el ingreso de médicos aunque sufre el déficit de ambos profesionales (médicos y enfermeras). Es un gran exportador de médicos principalmente para fuera de la región del Caribe y en el caso de las enfermeras gran parte lo exporta a la región caribeña.⁶⁹

Brasil, por su parte, que también sufre la escasez de ambos profesionales no firmó compromisos de liberalización para ninguno de los dos. Respecto a las enfermeras principalmente las altamente calificadas considera que no brinda condiciones de trabajo y de salario competitivas para importarlas del exterior. En relación a los médicos en general que los necesita principalmente en las áreas rurales y remotas del país no establece mecanismos de regulación que incentiven su ingreso del exterior. Por un lado, se aduce que los sistemas de equivalencia de diplomas son bastantes complicados pero además las asociaciones de profesionales imponen estrictos test de calificaciones para su aceptación.⁷⁰ Por lo tanto, a pesar de la necesidad de personal de la salud y de sus dificultades competitivas para atraer a dicho personal del exterior existen barreras en la regulación del ingreso de dicho personal que erosionan la posibilidad de proveer un acceso más equitativo de la salud para toda la población.

⁶⁸ Díaz y Hurtado (1994), Anexo: Jamaica.

⁶⁹ Presentación de Jean Yan en el Taller "Latin American and Caribbean countries...", organizado por IDRC, en Montevideo, los días 24-25 de abril de 2002.

⁷⁰ UNCTAD-WHO (1998), Capítulo 11.

CUADRO 5

Disponibilidad de médicos y enfermeras, compromisos de liberalización firmados en el AGCS para su ingreso y estrategias de exportación-importación

CUADRO 5.a

CUADRO 5.b

| MEDICOS | | | | | ENFERMERAS | | | | |
|---------------------|------------|---------|------|-------------------|---------------------|------------|---------|------|-------------------|
| Países ordenados | s/ratio | c/5.000 | AGCS | Importa* Exporta* | Países ordenados | s/ratio | c/1.000 | AGCS | Importa* Exporta* |
| médicos/hab. | hab. | modo 4 | | | enfermeras/hab. | hab. | modo 4 | | |
| Haití | 0.4 | | | | Paraguay | 0.1 | | | |
| Guyana | 0.9 | P | | Sí | Haití | 0.1 | | | |
| Surinam | 1.3 | | | | Honduras | 0.2 | | | |
| Belice | 2.8 | P | Sí | | Rep. Dominicana | 0.2 | | | |
| Trinidad y Tobago | 4.0 | | | | Bolivia | 0.3 | | | |
| Honduras | 4.2 | | | | Guatemala | 0.3 | | | |
| Nicaragua | 4.3 | | Sí | | Ecuador | 0.3 | | | |
| Guatemala | 4.7 | | | | El Salvador | 0.4 | | | |
| Perú | 4.7 | | Sí | | Brasil | 0.4 | | | |
| El Salvador | 5.4 | | | | Chile | 0.4 | | | Sí |
| Chile | 5.5 | | | | Colombia | 0.5 | | | Sí |
| Paraguay | 5.5 | | | | Perú | 0.5 | | | |
| Colombia | 5.8 | | | | Argentina | 0.5 | | | Sí |
| Barbados | 6.3 | P | | | Nicaragua | 0.6 | | | |
| Brasil | 6.4 | | Sí | | Uruguay | 0.6 | | | |
| Bolivia | 6.5 | | Sí | | Jamaica | 0.7 | P | Sí | Sí |
| Jamaica | 7.0 | P | Sí | Sí | Belice | 0.8 | | Sí | Sí |
| Costa Rica | 7.1 | P | | | Venezuela | 0.8 | | | |
| Bahamas | 7.6 | | | | Guyana | 0.9 | | | Sí |
| Panamá | 8.4 | | | | Costa Rica | 1.0 | P | | |
| Ecuador | 8.5 | | Sí | | Panamá | 1.0 | | | Sí |
| México | 9.3 | P | | | Trinidad y Tobago | 1.7 | | Sí | Sí |
| Rep. Dominicana | 10.8 | P | | | Surinam | 2.3 | | | |
| Venezuela | 11.8 | | Sí | | México | 2.4 | | | Sí |
| Argentina | 13.4 | | | | Bahamas | 2.6 | | Sí | |
| Uruguay | 18.5 | | | | Barbados | 3.2 | | | Sí |
| Cuba | 25.9 | | | Sí | Cuba | 7.5 | | | Sí |
| Promedio ALC | 7.3 | | | | Promedio ALC | 1.1 | | | |
| Reino Unido | 8.2 | | Sí | Sí | Reino Unido | s/d | | Sí | Sí |
| Canadá | 11.5 | | Sí | Sí | Canadá | 9.6 | | Sí | Sí |
| Estados Unidos | 14.0 | | Sí | | Estados Unidos | 8.8 | | Sí | |

Fuente: los datos estadísticos provienen del Informe sobre Desarrollo Humano 2001 (para los médicos) y 2000 (para las enfermeras), de Naciones Unidas.

* Se señalan como países que importan o exportan aquellos que según la bibliografía consultada en algún momento realizaron dicha operación. Al no contar con mayor información pueden detectarse insuficiencias.

Por último...

Dadas las dificultades que poseen algunos de los países de ALC para retener o atraer a aquellos profesionales de la salud que necesita y del interés que pueden tener otros países por atraer o enviar profesionales al exterior para elevar las calificaciones de sus profesionales y/o por el ingreso de divisas que genera, es necesario discutir mecanismos de regulación para facilitar el ingreso de profesionales a los países que los necesitan o al país que desea emigrar y también establecer mecanismos de compensación para aquellos que constantemente pierden la inversión que realizan en capacitación cuando dicha inversión está subsidiando en gran medida a países desarrollados que son los que desarrollan una estrategia de reclutamiento más agresiva y con mayor éxito.

La discusión sobre los mecanismos de regulación para facilitar el ingreso de profesionales es el proceso que se está desarrollando en el AGCS y a nivel de los acuerdos regionales. El establecimiento de un mecanismo de compensación de la inversión realizada por el país exportador no está previsto en el AGCS y según los expertos de la UNCTAD es un tema aún pendiente de resolución. Ello requeriría, según distintos autores, una solución a nivel internacional, bilateral o multilateral.

En Bundred y Levitt (2000) se plantea que el país beneficiado con el ingreso de un profesional debería estar preparado para reembolsar el costo de su capacitación. Ese costo podría ser retribuido durante un cierto período de tiempo y podría ser administrado por la OMS. También plantean la necesidad de que se establezca un acuerdo internacional sobre normas éticas para el reclutamiento de dichos profesionales.

Por su parte, los países del CARICOM que sufren de un importante éxodo de enfermeras para amortiguar el problema se han propuesto llevar adelante un programa de migración administrada ("Managed Migration"). El 40% de los puestos disponibles están vacantes en el Caribe. El programa instrumentará mecanismos para retener un número adecuado de enfermeras para asegurar la provisión de servicios de alta calidad. Para ello están pensando en invertir en recursos humanos y ofrecerles las mejores plazas de trabajo. Estiman que con la emigración han perdido 16.7 millones de dólares de inversión pública con lo cual han contribuido a las economías desarrolladas principalmente a la de Estados Unidos.⁷¹

Respecto a las disposiciones del AGCS para la regulación del ingreso de profesionales, Colombia que es el único país de ALC que ha enviado una propuesta para las negociaciones sobre movimiento de personas físicas en la ronda 2000 propone que, dado su interés por enviar sus profesionales de la salud al exterior, los países desarrollados avancen en la liberalización del ingreso de estos profesionales a través de los acuerdos de reconocimiento mutuo y notifiquen de dichos acuerdos a los demás países miembros (como establece el Artículo VII del AGCS) para darle la oportunidad a los países en desarrollo de participar en los mismos.⁷²

⁷¹ Presentación de Jean Yan en el Taller "Latin American and Caribbean countries...", organizado por IDRC, en Montevideo, los días 24-25 de abril de 2002.

⁷² OMC (2001c).

Los países que ya firmaron compromisos de liberalización parcial en el AGCS, en las negociaciones actuales posiblemente tengan que resolver cuestiones vinculadas a la transparencia de los compromisos firmados. Ello se refiere a que en general no se especificaron los mecanismos que utilizarán para realizar las pruebas de necesidad del mercado laboral y la definición de las categorías de ocupación para las cuales consolida el compromiso es bastante imprecisa.⁷³ Ello es resultado, posiblemente, del enfoque horizontal que se utilizó en la mayoría de los casos para establecer los condicionamientos o restricciones a la liberalización del modo 4. Para superarlo posiblemente deban pasar a un enfoque específico por sector o grupo de sectores.

Hay que tener en cuenta también que al firmar estos compromisos ante el AGCS pueden establecerse salvaguardias como realiza Estados Unidos respecto a las condiciones de trabajo y los salarios de los trabajadores residentes y otras como las que establecen Cuba, Nicaragua y República Dominicana respecto a que el personal extranjero que ingrese al país debe contribuir a la capacitación del personal local en su especialidad.⁷⁴ Estas cláusulas de salvaguardia más que tener un efecto restrictivo sobre el intercambio pueden promoverlo, evitando que por temor a los efectos que pueda tener la inmigración de profesionales sobre el mercado de trabajo la restricción sea total.

⁷³ Ambos temas, la explicitación de las PNE y la definición más precisa de las categorías de personal que se consolidan por sector, son reclamos que realiza la delegación de la UE para las negociaciones que se desarrollan actualmente en la ronda 2000 del AGCS. (OMC, 2001b)

⁷⁴ En los tres países dicha cláusula forma parte del compromiso horizontal realizado para el modo 4 de suministro.

Síntesis y comentarios finales

El objetivo del presente trabajo fue identificar los desafíos que se le presentan a los hacedores de política de los países de ALC con el incremento y la liberalización del comercio internacional de los servicios de salud. Dichos desafíos están pensados en función del potencial exportador que poseen los países de ALC y los riesgos y oportunidades que se le presentarían a los sistemas de salud para alcanzar o preservar los objetivos de equidad, calidad y eficiencia.

El potencial exportador de estos países está principalmente en la atención a pacientes extranjeros, aunque también hay países que están buscando insertarse en el mercado mundial a través de su inversión en el exterior (Chile y Colombia con la salida de aseguradoras y Cuba con la firma de joint-ventures para provisión servicios de salud) y con la exportación de profesionales (Cuba y otros países caribeños).

Los riesgos y oportunidades que se le pueden presentar a los sistemas de salud de estos países se evaluaron en función del grado de integración de los servicios de salud a la economía mundial y las características particulares de los sistemas de salud. Para la identificación de esos riesgos y oportunidades se utilizó el marco conceptual que propone la OMS.

El primer desafío se plantea respecto a las implicancias que tiene la liberalización del ingreso de inversión extranjera en seguros de salud. Ello responde principalmente a la hipótesis de que la negociación de los seguros de salud estuvo “atada” a la negociación de los seguros en general, por lo cual la previa evaluación de sus implicancias puede haber pasado desapercibida para los negociadores comerciales de ALC. También al hecho de que la mayor cantidad de compromisos de liberalización que firmaron los países de ALC fue en este sector (seguros de salud) y por la importante expansión y transnacionalización de estos servicios en los últimos años.

El segundo desafío se plantea en relación a la movilidad de consumidores por ser el modo de suministro de servicios en que los países de ALC podrían desarrollar su potencial exportador y el tercer desafío está vinculado a la movilidad de profesionales dadas las implicancias negativas y positivas que puede tener para la provisión de servicios en la región.

Del análisis realizado se deduce que los riesgos para los países de ALC para mantener o profundizar los objetivos de equidad, calidad y eficiencia de su sistema de salud se generarían por:

- ✓ La liberalización del ingreso de aseguradoras extranjeras de salud sin la previa existencia de un marco regulatorio para el funcionamiento de los seguros privados, lo que conduciría a la segmentación del mercado.
- ✓ Las dificultades para resolver la portabilidad de los seguros en países donde hay déficits en la provisión de los servicios de salud, lo que limita el acceso a dichos servicios.
- ✓ Las dificultades para regular el ingreso temporal de profesionales y para establecer compensaciones a la “fuga de cerebros”, lo que provoca la pérdida de recursos humanos y de inversión.

Las oportunidades se generan si:

- ✓ Las aseguradoras ingresan a mercados regulados eficazmente y promueven una mejora de la eficiencia y la calidad del sistema de salud sin reducir las posibilidades de acceso de la población de menores recursos.
- ✓ La portabilidad de los seguros de salud (públicos y privados) permite el desarrollo del potencial exportador de los países de ALC en atención a pacientes extranjeros y mejora el acceso a los servicios de salud de otros países.
- ✓ La reducción de las barreras a la movilidad temporal de los profesionales logra reducir la “fuga de cerebros” y elevar el nivel de las capacidades locales.

Por ello los desafíos para aprovechar las oportunidades y evitar los riesgos que genera el intercambio internacional de los servicios de salud para estos países son:

- ✓ Establecer un marco regulatorio adecuado en el mercado de los seguros de salud y fortalecer las instituciones reguladoras
- ✓ Resolver la portabilidad de los seguros de salud
- ✓ Resolver las dificultades para regular el ingreso temporal de profesionales y establecer compensaciones a la “fuga de cerebros”

En cada país hay condiciones particulares que hacen que alguno de estos desafíos sea más relevante que otros. Por ejemplo, en el tema de la regulación del mercado de seguros de salud es posible identificar países para los cuales este desafío es más urgente que para otros. Estos países serían aquellos donde se liberalizó el ingreso de aseguradoras extranjeras y no se estableció un marco regulatorio para el sector de los seguros privados.

Luego estarían los países que tienen potencial exportador de servicios de salud a pacientes extranjeros y tendrían mayor preocupación por resolver la portabilidad de los seguros de salud. Aparte están los países que sufren del déficit de profesionales y desearían desestimular la movilidad permanente a través de la movilidad temporal, recibir compensaciones por la fuga de los mismos o satisfacer sus necesidades con el ingreso de profesionales extranjeros. También están los países que poseen exceso de profesionales y desean exportar sus servicios (como Cuba).

Los dos últimos desafíos pueden, a diferencia del primero, depender más de una regulación a nivel internacional que a nivel nacional. Según la evidencia presentada, en ambos casos existen experiencias de países que han firmado acuerdos para regular la movilidad de consumidores o de profesionales.

Lo que resulta claro del análisis es que la liberalización del intercambio de servicios de salud requiere de un importante esfuerzo de regulación y de adecuación de la regulación existente. Ello es consecuencia de que la propia liberalización del comercio de servicios implica modificaciones en la regulación de los países y también de que el mercado de los servicios de salud presenta asimetrías de información que hacen que la regulación sea necesaria para garantizar la eficiencia.

Por lo tanto, para que la liberalización del intercambio internacional de servicios de salud tenga resultados positivos para el sistema de salud se debe establecer una buena comunicación entre quienes llevan adelante la política comercial y quienes desarrollan e implementan la política de salud de los países. Ello es importante para definir qué liberalizar y cómo hacerlo. Hay límites y cláusulas de salvaguardias que permite establecer el AGCS y muchas veces son más utilizadas por países con menos

problemas en sus servicios de salud. También es importante la coordinación para que quien gerencia el sector salud esté prevenido sobre los mecanismos que debería instrumentar para evitar los impactos negativos y aprovechar mejor los impactos positivos que se pueden generar.

Además, dado que los compromisos de liberalización que se firman en la OMC no son fácilmente revocables o modificables, lo recomendable sería que previo a la firma de los compromisos de liberalización se evaluaran sus posibles impactos sobre el sistema de salud. Sólo para México, entre los países de ALC, se identificaron trabajos que buscaban evaluar las implicancias positivas y negativas que tendría la integración de los servicios de salud en el acuerdo de integración regional (TLCAN).

Hay que tener en cuenta que de los 26 países de ALC considerados en el análisis se puede concluir que sólo once habrían firmado compromisos de liberalización en el AGCS con la convicción de que estaban liberalizando un servicio de salud. Ellos son todos los que firmaron compromisos en sectores distintos a los seguros de salud: los países del Caribe (Barbados, Belice, Guyana, Jamaica, República Dominicana y Trinidad y Tobago), Bolivia, Ecuador, Costa Rica, Panamá y México. Los nueve países que firmaron compromisos sólo en seguros de salud, al igual que todos los que firman o no compromisos en seguros de salud, pueden haber tomado la decisión en forma conjunta con el resto de los seguros y, por lo tanto, con una lógica de servicios financieros más que de liberalización de los seguros de salud propiamente. Sólo Brasil y Chile firmaron compromisos que diferenciaban explícitamente a los seguros de salud del resto de los seguros. En el caso de Chile para excluirlos de la negociación ya que el gobierno está especialmente preocupados por los impactos negativos sobre la equidad que ha tenido el desarrollo de los seguros privados (donde ya existen aseguradoras extranjeras) y está intentando fortalecer el marco regulatorio y la capacidad reguladora del Estado en el sector.

Los negociadores comerciales de los distintos países de ALC están enfrentando actualmente negociaciones para la liberalización del intercambio de los servicios en distintos niveles de integración. La mayoría de los acuerdos regionales están recién en proceso de negociación al igual que el ALCA. Por ello no se han profundizado las preferencias regionales o hemisféricas respecto a las multilaterales. Pero, en un futuro, en función del avance que tenga el AGCS se podrían diferenciar las preferencias multilaterales de las regionales y/o hemisféricas.

Actualmente se está desarrollando la segunda ronda de negociaciones del AGCS para la profundización de los compromisos de liberalización y la incorporación de nuevos compromisos. Hasta ahora se avanzó en la definición de las Directrices y Procedimientos para las negociaciones y la presentación de las propuestas por los países miembros. El 30 de junio de 2002 se inicia el proceso de petición de acceso a los mercados que realizan los países miembros a sus socios del acuerdo. El 31 de marzo de 2003 se inician las ofertas que conceden los países y luego se pasa a una etapa más intensiva de negociaciones que finalizaría a fines del año 2004.

Esta nueva ronda de negociaciones es una oportunidad para que los gobiernos de estos países intenten avanzar en el fortalecimiento de su capacidad competitiva y en las posibilidades de desarrollo de los sistemas de salud que ofrece la mayor integración internacional pero teniendo en cuenta las posibles implicancias negativas que la misma tiene sobre los objetivos de salud pública.

Distintos autores plantean que los países en desarrollo luego de la Ronda Uruguay aún enfrentan barreras que frenan el desarrollo de su potencial exportador.⁷⁵ Se refieren principalmente a la venta de servicios a pacientes extranjeros y a la posibilidad de que sus profesionales ingresen temporalmente a otros países (principalmente los países desarrollados) para vender sus servicios y elevar su nivel de conocimientos.

Además, se plantea que los países en desarrollo deberían obtener mejores resultados de esta nueva ronda con la implementación efectiva de los artículos IV y XIX del AGCS. En el artículo XIX se establece que “el proceso de liberalización se llevará a cabo respetando debidamente los objetivos de las políticas nacionales y el nivel de desarrollo de los distintos miembros”. Agrega que “habrá la flexibilidad apropiada para que los distintos países en desarrollo abran menos sectores, liberalicen menos tipos de transacciones, aumente progresivamente el acceso a sus mercados a tenor de su situación en materia de desarrollo y cuando otorguen acceso a sus mercados a los proveedores extranjeros de servicios fijen a ese acceso condiciones encaminadas al logro de los objetivos a que se refiere el artículo IV”.

En el artículo IV se establece que “se facilitará la creciente participación de los países en desarrollo en el comercio mundial mediante compromisos específicos negociados por los diferentes miembros en relación con: el fortalecimiento de la capacidad nacional en materia de servicios y de su eficacia y competitividad, mediante, entre otras cosas, el acceso a la tecnología en condiciones comerciales; la mejora de su acceso a los canales de distribución y las redes de información; y la liberalización del acceso a los mercados en sectores y modos de suministro de interés para sus exportaciones”.

Por lo tanto, en las nuevas negociaciones del AGCS y en las que se están llevando a cabo a nivel hemisférico y regional estos países deberían buscar una mejor inserción internacional de sus servicios de salud, en los casos en que se considere conveniente, a través de un esfuerzo conjunto entre quienes implementan la política comercial y quienes regulan el funcionamiento de los sistemas de salud.

⁷⁵ Adlung y Carzaniga (2001) y Díaz, D. (2001).

Referencias bibliográficas

- Abugattas Majluf, L. (2000) "Liberalización del comercio de servicios: opciones e implicancias para América Latina y el Caribe", Brief 9, Latin American Trade Network (LATN).
- Adams, O. y Kinnon, C. (1997) "Measuring trade liberalization against public health objectives: the case of health services", WHO Task Force on Health Economics, Technical Briefing Note, WHO, Ginebra.
- Adlung, R. y Carzaniga, A. (2001) "Health services under the General Agreement on Trade in Services", Bulletin of the World Health Organization, WHO 4: 352-364, Ginebra, abril.
- ALADI (1999) "Compromisos asumidos por los países miembros en materia de comercio de servicios, en los distintos acuerdos vigentes", ALADI/SEC/dt 418, Asociación Latinoamericana de Integración, Montevideo.
- Bolis, M. (2001) "Legislación y control de riesgos de salud en América Latina y el Caribe", Working Paper 461, Departamento de Investigación del Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC.
- Bundred, P. y Levitt, C. (2000) "Medical Migration: Who are the real losers?", The Lancet, 356: 245-246.
- CEPAL (1999) "Manual para la preparación del cuestionario sobre las medidas que afectan al comercio de servicios en el hemisferio", División de Comercio Internacional y Financiamiento para el Desarrollo, Unidad de Comercio Internacional, SERIE Manuales N°6, CEPAL, Santiago de Chile.
- Chanda, R. (2001) "Trade in health services", Commission on Macroeconomics and Health, CMH Working Paper Series Paper N° WG 4: 5, Department of Economics & Social Sciences, Indian Institute of Management, Bangalore.
- Díaz, D. (2001) "Trade policies and export of health services: a development perspective", Service Trade Negotiations and Africa, Johannesburg.
- Díaz, D. y Hurtado, M. (1994) "El comercio internacional de servicios de salud: principales cuestiones y oportunidades para los países de América Latina y el Caribe", Serie Informes Técnicos N° 33, Programa de Políticas de Salud, División de Salud y Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud, Washington.
- Frenk, J.; Gómez-Dantés, O.; Cruz, C.; et al. (1994) "Consequences of the North American Free Trade Agreement for Health Services: A Perspective from Mexico", American Journal of Public Health, eds. American Public Health Association, 84(10): 1591-1597.
- Frenk, J. y Gómez-Dantés, O. (1995) "El TLC y los Servicios de Salud: datos iniciales". Los sistemas de salud ante la globalización: retos y oportunidades para América

- del Norte, P. Freeman, Gómez-Dantés, O., Frenk, J. eds., Academia Nacional de Medicina: 113-128, México, D.F.
- Frenk, J.; Gómez-Dantés, O.; Adams, O.; et al. (2001) "The globalization of health care". International cooperation in health, M. Mc Kee., London Oxford Medical Publications. Cap. 3: 48-70.
- Homedes, N. y Ugalde, A. (2002) "Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica", Gaceta Sanitaria 2002; 16(1):54-62.
- León, F. (2000) "Modernización y comercio exterior de los servicios de salud", División de Desarrollo Social, Serie Políticas Sociales 37, CEPAL, Santiago de Chile.
- Lipson, D. (2001a) "GATS and Trade in health insurance services: Background note for WHO Commission on Macroeconomics and Health", CMH Working Paper Series Paper N° WG 4:7, Commission on Macroeconomics and Health, Ginebra.
- Lipson, D. (2001b) "The World Trade Organization's health agenda", British Medical Journal (BMJ), 323: 1139-40.
- Londoño, J. y Frenk, J. (1997) "Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina", Documento de Trabajo 353, Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Washington.
- Maceira, D. (1996) "Fragmentación e incentivos en los Sistemas de Atención de la Salud en América Latina y el Caribe", Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Washington.
- OMC (1998a) "Servicios Sociales y de Salud", Nota documental de la Secretaría, S/C/W/50, Consejo del Comercio de Servicios, Ginebra.
- OMC (1998b) "Presencia de Personas Físicas", Nota documental de la Secretaría, S/C/W/75, Consejo del Comercio de Servicios, Ginebra.
- OMC (2001a) "Revisión de las directrices para la consignación en listas de los Compromisos Específicos", Nota de la Secretaría, S/CSC/W/30, Comité de Compromisos Específicos, Ginebra.
- OMC (2001b) "AGCS 2000: Movimiento temporal de los proveedores de servicios", Comunicación de las Comunidades Europeas y sus Estados Miembros, S/CSS/W/45, Consejo del Comercio de Servicios, Serie de reuniones extraordinarias, Ginebra.
- OMC (2001c) "Propuesta para las negociaciones sobre la prestación de servicios mediante movimiento de personas físicas", Comunicación de Colombia, S/CSS/W/97, Consejo del Comercio de Servicios, Serie de reuniones extraordinarias, Ginebra.
- OMS (2000) "Informe La salud en el mundo 2000, Sistemas de Salud: Mejorando el desempeño", Organización Mundial de la Salud, Ginebra. [Box 5.2. cita a Baeza C. y Copetta C., 1999, "Análisis conceptual de la necesidad y factibilidad de

- introducir mecanismos de ajuste de riesgo y portabilidad de los subsidios públicos en el sistema de seguros de salud en Chile. Santiago de Chile, Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS) y Fondo de Promoción de Políticas Públicas de la Universidad de Chile.
- OPS (1997) "La salud en los procesos de globalización e integración en Centroamérica", Serie Informes Técnicos N° 59, Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud, Washington.
- OPS (varios años) "Perfiles del Sistema de Servicios de Salud del País", Iniciativa Reforma Sector Salud. (<http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/clhmonpr.htm>, consultado en Diciembre 2001).
- PAHO/WHO (2000) "Special Issue on Health Sector Reform", Pan American Journal of Public Health, 8 (1/2).
- Pollock, A. y Price, D. (2000) "Rewriting the regulations: How the World Trade Organisation could accelerate privatisation in health-care systems", The Lancet, 356(Public Health): 1995-2000.
- Price, D.; Pollock, A. y Shaoul, J. (1999) "How the World Trade Organisation is shaping domestic policies in health care", The Lancet, 354: 1889-92.
- Sapelli, C. (1999) "Mandatory Health Insurance in Chile: Issues of Design in Theory and in Practice", Pontificia Universidad Católica de Chile. Revised versión of a paper prepared for the IHEA 2nd. World Conference, June 6-9, Rotterdam, The Netherlands.
- Sbarbaro, J. A. (2000) "Trade liberalization in health insurance: opportunities and challenges: The potential impact of introducing or expanding the availability of private health insurance within low and middle income countries", CMH Working Paper Series Paper N° WG 4:6, Commission on Macroeconomics and Health, Denver.
- Stephenson, S. (2001) "Multilateral and Regional Services Liberalization by Latin America and the Caribbean", OAS Trade Unit Studies Organization of American States, Washington.
- UNCTAD (1997a) "Comercio internacional de servicios de salud: dificultades y oportunidades para los países en desarrollo", TD/B/COM.1/EM.1/2, Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD), Ginebra.
- UNCTAD (1997b) "Informe de la reunión de expertos en fortalecimiento de la capacidad y aumento de las exportaciones de los países en desarrollo en el sector de los servicios: servicios de salud", TD/B/COM.1/EM.1/3, Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD), Ginebra.
- UNCTAD-WHO (1998) "International Trade in Health Services. A Development Perspective.", (ed.) Zarilli S. and C. Kinnon, Ginebra.

WHO (2001) "Bulletin of the World Health Organization, Setiembre 2001", WHO, Ginebra.

WHO/DHD (2001) "Assessment of Trade in Health Services and GATS", Background Note, WHO Department of Health and Development, Geneva.

Woodward, D.; Drager, N.; Beaglehole, R.; et al. (2001) "Globalisation and Health: A Framework for Analysis and Action", Commission on Macroeconomics and Health, CMH Working Paper Series Paper N° WG 4: 10, Department of Health in Sustainable Development, World Health Organisation, Geneva.

Anexo

Los servicios de salud en la Lista de Clasificación Sectorial y su correspondencia con la Clasificación Central Provisional de Productos (CCP)

| Lista de Clasificación Sectorial | Correspondencia con CCP prov. | Definición según la CCP provisional |
|--|---|--|
| 1. <u>SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS</u> A. Servicios profesionales [...] h. Servicios médicos y dentales j. Servicios proporcionados por parteras, enfermeras, fisioterapeutas y personal paramédico k. Otros ^a | 9312 93191 n.d. | Servicios destinados principalmente a la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades a través de consultas de pacientes individuales al margen de instituciones sanitarias ... Servicios como supervisión durante el embarazo y el parto ... servicios de enfermería (en régimen externo), asesoramiento y prevención de enfermedades prestados a pacientes a domicilio. n.d. |
| 8. <u>SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD</u> A. Servicios de hospital B. Otros servicios de salud humana C. Servicios sociales D. Otros | 9311 9319 (distintos de 93191) 933 n.d. | Servicios que se prestan principalmente a pacientes internos y bajo la supervisión directa de médicos, destinados a curar, reactivar o mantener la salud... Servicios de ambulancia; servicios de instituciones residenciales de salud distintos de los servicios hospitalarios; Otros servicios de salud humana n.c.p. ^b Servicios sociales con alojamiento; ^c servicios sociales sin alojamiento ^d n.d. |
| 7. <u>SERVICIOS FINANCIEROS</u> A. Seguros a. Seguros de vida, accidente y salud ^e b. Seguros distintos a los de vida | 8121- Seguro de vida 8129 81291- Seguros de accidente y salud | <u>Seguros de salud:</u> Servicios de concertación de pólizas de seguros que proporcionen protección en caso de gastos médicos y de hospital, y gastos dentales. |

Notas:

n.d. No disponible.

a En relación con todos los servicios profesionales (incluidos los subsectores a) a g)).

b Servicios en el ámbito de: patología morfológica o química, bacteriológicos, virológicos, inmunológicos, etc., así como los servicios no clasificados en otra parte, como los de obtención de sangre.

c Servicios de bienestar proporcionados a ancianos e incapacitados por medio de instituciones residenciales (CPC 93311) y a niños y otros clientes (93312); otros servicios sociales con alojamiento (93319).

- d Servicios de guardería, incluidos los servicios de cuidados diurnos a incapacitados (93321); servicios de orientación y asesoramiento para niños, n.c.p. (93322); servicios de bienestar no proporcionados por medio de instituciones residenciales (93323); servicios de rehabilitación profesional (con exclusión de los servicios en los que predomine el aspecto educativo) (93324); otros servicios sociales sin alojamiento (CPC 93329).
- e El número correspondiente de la CCP indicado en la Lista de Clasificación Sectorial de los Servicios (documento W/120) para los servicios de seguros de vida, contra accidentes y de salud (8121) no abarca los seguros contra accidentes y de salud (a los que corresponde en la CCP el número 81291, subdivisión de los servicios de seguros distintos de los de vida), lo que parece estar en contradicción con el título de esa partida.

Fuente: Lista de Clasificación Sectorial de los Servicios (documento MTN.GNS/W/120, de 10 de julio de 1991, de la OMC), Clasificación Central Provisional de Productos de las Naciones Unidas (Informes Estadísticos, Serie M, N°77, 1991), OMC (1998a) y “Servicios Financieros: Nota documental de la Secretaría” de la OMC (documento S/C/W/72, 2 de diciembre de 1998).